ROK V WARSZAWA 1931 SIERPIEŃ ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

W sprawie leczenia „Policythaemia rubra" preparatami śledziony*).

Podał

DR. M. GIRSZOWICZ

Ordynator Szp. M. ż. w Wilnie.

Względnie rzadkie występowanie „polycythaemia rubra“ oraz niewielka liczba przypadków leczenia tej choroby śledzioną opisanych w literaturze lekarskiej, szczególnie zaś polskiej, skłaniają mnie do opublikowania następującego przypadku:

Chory Leon Ł., lat 23, zgłosił się do mnie dnia 13.I.1931 bezpośrednio po odbyciu służby wojskowej ze skargami na ociężałość, bóle głowy oraz duszność. Dotychczas był zdrów. Dziedzicznie nieobarczony. Alkoholu nie nadużywa; nie pali.

Przy zbadaniu chorego nie znalazłem żadnych uchyleń od normy ze strony serca, płuc i układu nerwowego. Śledziona i wątroba — niewyczuwalne, opukowo niepowiększone. Ciśnienie krwi 155 R. R. Waga ciała 76 kg. Uderzyło mnie tylko silne przekrwienie spojówek i błony śluzowej podniebienia twardego. Poleciłem więc choremu zgłosić się do mnie powtórnie po zbadaniu jego krwi, moczu i stolca.

W dniu 16.I. b. r. chory zgłosił się z wynikami badań, które wykazały: M o c z — brak wszelkich składników patologicznych.

K a ł — nieliczne jaja Ascaris lumbricoides (przepisana z tego powodu Santonina — skutku nie odniosła).

K r e w — czerwonych ciałek 6.090.000 Hb — 118%. Eozynofilów — 3%.

Opierając się na powyższych wynikach badań, oraz biorąc pod uwagę brak innych przyczyn powodujących zmiany we krwi w kierunku zwiększenia ilości erytrocytów i hemoglobiny jak np. fizjologiczne zgęszczenie krwi po silnem poceniu się lub po biegunkach, wtórne zagęszczenie krwi z po-

*) Demonstrowano na posiedzeniu naukowym Związku lekarzy w Wilnie, w marcu 1931 r.

wodu przebywania w rozrzedzonem powietrzu (klimat górski, jazda samolotem), naskutek wrodzonych lub nabytych wad serca, rozedmy, działania jadów, (fosforu, trychinozy itp.) ustaliłem rozpoznanie: Polycythaemia rubra typu Geissböcka w odróżnieniu od typu Vaquez'a przebiegającego ze splenomegalją i normalnem parciem krwi.

Postanowiłem więc przeprowadzić leczenie w tym kierunku, zastanawiając się tylko nad wyborem metody.

Z stosowanych dotyczczas najważniejszych metod leczenia policythaemji—upust krwi nawet dość znaczny daje tylko przejściową poprawę; benzol i fenylhydrazyna zaś działają szkodliwie na organizm. Do naświetlań śledziony promieniami Rentgena brakło najważniejszego wskazania—powiększenia narządu, z drugiej zaś strony znane mi były ujemne skutki, jakie naświetlanie śledziony może wywołać w obrazie krwi. (Powiększenie ilości czerwonych ciałek). Lepsze znacznie wyniki mogłoby dać naświetlenie kości długich oraz łopatek, mostka i miednicy. Zdecydowałem się jednak przed przystąpieniem do terapji rentgenowskiej zatrzymać się poprzednio na leczeniu śledzioną w myśl świetnych wyników, osiągniętych przez V a n d e r V e l d e n a i jego szkoły jeszcze w roku 1929 w przypadkach policythaemji.

Podobny przypadek opisuje również F r i e d m a n, że u chorego na polycythaemia rubra naskutek leczenia śledzioną ilość HB. z 95% spadła do 85%,a ilość czerwonych ciałek z 6.200.000 do 4.150.000.

Jakie jest działanie śledziony stanowiącej jakby antagonistkę wątroby w tych przypadkach nie jest dotychczas zupełnie wytłumaczone. Jest jednak faktem bezspornym, (Szkoła francuska), że operacyjne usunięcie śledziony, dokonywane na podstawie najrozmaitszych wskazań, powoduje znaczne zwiększenie się ilości erytrocytów, wśród których spostrzegamy często krwinki niedojrzałe, ziarniste. Ta wzmożona hematopoezja krwi czerwonej świadczy o tem, że jej główne źródło t. j. szpik kostny dzięki usunięciu śledziony wyzwolił się jakby z krępujących jego produkcję więzów, z hamującego działania śledziony.

Z tej hipotezy zrodziły się myśl i wskazania do terapeutycznego zastosowania śledziony w policythaemia rubra.

U naszego chorego, leczenie ograniczyło się do podawania śledziony w ilości 100—150 gr. dziennie w pokarmach, oraz francuskich preparatów organoterapeutycznych, które zawierały wyciąg ze śledziony (Opozones Lumière Lien — 3 razy dziennie po 1 tabletce). Wynik leczenia przekroczył wszelkie moje oczekiwania. Już po 2-ch tygodniach (1.II. b. r.) ilość czerwonych ciałek zmniejszyła się o 610.000, a Hb o 13%, po następnych 3-ch tygodniach (23. II.b. r.) ilość czerwonych ciałek spadła o 580.000, a Hb. o dalsze 23%. Mieliśmy więc po 5-cio tygodniowem leczeniu zamiast 6.090.000 erytrocytów tylko 4.800.000, zamiast 118% Hb, tylko 82%. Ciśnienie krwi spadło do 90 R. R. Na zakończenie pozwolę sobie dodać kilka wskazówek natury kulinarnej, dotyczących podawania chorym śledziony. Najskuteczniejsze i najlepiej znoszone są następujące postacie:

1-o. Plasterki śledziony z drobno posiekanemi jabłkami i cebulą duszone w maśle ze śmietaną i cytryną.

2-o. Śledziona w postaci pasztetu na wzór wątroby.

3-o. Bigos ze śledziony z pomidorami, koperkiem, grzybkami i kiszonemi ogórkami.

4-o. Kluski do zupy lub „farsz" do pierożków ze śledziony.

5-o. Surową śledzionę przepuszcza się przez maszynkę i podaje się w lemoniadzie.

Chciałbym również zwrócić uwagę na poważne znaczenie, jakie przypisuje się w ostatnich czasach śledzionie w leczeniu gruźlicy; na poparcie jednak tego poglądu posiadam niestety dotychczas jeszcze zbyt mało dostatecznie przekonywujących dowodów, by zasługiwały na zakomunikowanie ich ogółowi lekarskiemu.

O leczeniu zapaleń płuc u dzieci.

DR. FRANCISZEK SIENICKI.

Statystyka śmiertelności wśród dzieci podaje, że liczba zgonów w miesiącach letnich ostatnio poważnie się zmniejszyła, natomiast drugiej połowy zimy pozostała bez zmiany. Dowodzi to, że choroby przewodu pokarmowego przez racjonalne odżywianie i nowoczesne leczenie zostały w dużym stopniu opanowane. Groźny obraz chorobowy zwany dawniej „cholera infantum", pod który podciągano wszystkie niemal już obecnie wyodrębnione zaburzenia w odżywianiu, nie wywołuje już tak strasznego spustoszenia wśród naszych małych pacjentów, nawet podczas najgorętszych miesięcy letnich. Naodwrót śmiertelność wśród niemowląt i starszych dzieci z powodu cierpień narządu oddechowego w miesiącach zimowych nietylko nie zmalała, ale niekiedy nawet przewyższa dotychczasowe dane statystyczne. Statystyki niektórych zakładów niemieckich podają 80% śmiertelności. Jest to liczba w porównaniu z naszemi codziennemi spostrzeżeniami zbyt wygórowana. Bliższą rzeczywistości jest statystyka H o l t a, który podaje, że śmiertelność w 1 roku życia wynosi 66%, w 2-im 55%, w 3-im 33%, w 4-tym 16%. Największe zatem niebezpieczeństwo przypada na okres od sześciu miesięcy do dwuch lat, poczem stopniowo maleje. Cała zatem uwaga i dążenia winny być wytężone, ażeby zagadnienie leczenia zapaleń odoskrzelowych płuc wczesnego dzieciństwa — bowiem te w tym okresie życia spotykają się daleko częściej niż zapalenia włóknikowe — było równie pomyślnie rozwiązane jak w chorobach przewodu pokarmowego. Jest to jeden z ważniejszych postulatów współczesnej pedjatrji. Zdając sobie sprawę z ważności tego zagadnienia, z którym niemal codziennie spotyka się nietylko specjalista ale i lekarz praktyk, postanowiłem podać do wiadomości ogółu lekarzy swoje spostrzeżenia, oparte na stu szesnastu przypadkach zapaleń płuc w ciągu dwuch lat. Wiem dobrze, że jest to skromny materjał. Doświadczenia jednak na tym materjale oparte są tak zachęcające, że niepodobna ich nie podać, tem bardziej, że w naszem piśmiennictwie nie znalazłem wiele miejsca, poświęconego podobnym doświadczeniom, mimo, że niewątpliwie niejeden z pośród lekarzy uciekał się do stosowania tego sposobu leczenia, który niżej mam zamiar podać. Miło mi będzie jeżeli obok mojego skromnego materjału ukażą się większe statystyki kliniczne, potwierdzające moje wyniki.

Zapalenie odoskrzelowe płuc rozwija się zazwyczaj w następstwie nieżytu oskrzelowego. Najczęściej powstaje w przebiegu grypy, odry, kokluszu, rzadziej w durze brzusznym, błonicy i płonicy. Mamy tu prawie zawsze do czynienia z infekcją mieszaną: pneumokoki (szczególnie typ I), paciorkowce, bac. Bordet-Gengou, Friedländeri, Pfeifferi, pałeczki Ebertha, błonicy, micrococcus catarrhalis i t. p. Największe i najczęstsze niebezpieczeństwo kryje się w g r y p i e. Dlatego leczenie grypy musi iść w parze z zapobieganiem wystąpienia zapalenia płuc.

Elementy morfotyczne krwi, które przedostają się per diapedesim do światła oskrzeli, śluz nagromadzony w miejscu zapalenia obok obrzęku błony śluzowej oskrzeli i stąd gorszej wentylacji składają się na treść oskrzeli i podłoże dla pomyślnego rozwoju drobnoustrojów. Ażeby się oswobodzić od czynników powodujących cierpienie, natura sprowadza kaszel, jako akt samoobrony. Kaszel ten często jest bolesny, a wskutek tego powierzchowny; a jeżeli dodamy, że niemowlęta wogóle słabo odkrztuszają, a osłabione chorobą — tembardziej, zrozumiemy, że kaszel ich jest niedostatecznym, ażeby uwolnić się od zawartości oskrzeli. Sprawa chorobowa per continuitatem et continguitatem rozszerza się na oskrzeliki i pęcherzyki płucne, powstaje obraz zapalenia odoskrzelowego, zrazikowego zapalenia płuc — pneumoniae lobularis s. bronchopneumoniae. Z początku zazwyczaj tylko część zrazików jest objęta procesem chorobowym; z czasem jednak sprawa zapalna rozprzestrzenia się na sąsiednie zraziki; w miarę nie zachowywania środków zapobiegawczych obejmuje ona cały płat, przechodzi na następne, a w

ciężkich przypadkach pozostawia zaledwie drobne odcinki tkanki płucnej, którą dziecko w nasilonym tempie oddycha. Nieodzownym warunkiem zapobiegania zapaleniu płuc, a także częścią składową jego leczenia jest:

1) Zmiana położenia niemowlęcia: noszenie na ręku, leżenie raz na jednym, drugi raz na drugim boku, siedzenie w łóżeczku i t. p. Sposób ten w połączeniu z podniesieniem sił statycznych niemowlęcia, był powodem spadku śmiertelności w tak zw. zapaleniu opadowem płuc—pneumonia paravertebralis s. hypostatica, które powstawało wskutek leżenia na plecach. Obserwujemy je często u starców. Dzięki zmianom położenia uzyskujemy lepszą wentylację coraz to nowych odcinków płuca, a wskutek tego większy dopływ tlenu, który często jest środkiem zbawiennym w zapaleniach płuc, o czem jeszcze dalej wspomnę.

2) Mieszkanie musi być przewietrzane i nie posiadać zbyt wysokiej temperatury. Szybsza jest wtedy wymiana gazowa i pełniejsze oddychanie przez skórę, która jest „płucem obwodowem", jak naczynia — „sercem obwodowem".

3) Djeta winna być przeważnie płynna. Ponieważ w ustroju toczy się walka, organizm wytęża wszystkie siły obronne— konieczne jest utrzymanie dobrego stanu ogólnego, tembardziej, że dziecko się poci, przez doprowadzenie odpowiedniej ilości płynów, łatwo wchłaniających się, nie obciążających jednak żołądka i nie odciągających ciał obronnych ustroju z innego frontu, stokroć ważniejszego. Mam tu na myśli ciałka białe krwi i leukocytozę pokarmową. Walka bowiem jest decydującą, a trwa zazwyczaj niezbyt długo. Stąd djeta płynna: jak: herbata, lemoniada, soki owocowe, kleje, mleko i t. p. Niemowlęta chore należy karmić piersią rzadziej niż zdrowe.

4) Dalej staramy się o przekrwienie płuc, które w dużej mierze już natura sprowadza, drogą drażnienia skóry przez bodźce cieplne i bańki. Od czasu wprowadzenia do chirurgji przekrwienia biernego (Staungshyperemie Bier'a) i dobrych jego rezultatów w sprawach zapalnych, staramy się je wykorzystać w zapaleniach płuc. Stosujemy zatem na klatkę piersiową po stronie zajętego płuca bańki i ciepło (czasy zalecania lodowych okładów trzeba odnieść do zamierzchłej przeszłości, jakkolwiek kąpiel z zimnem oblewaniem w przypadkach, połączonych z utratą świadomości i bredzeniem wywiera korzystny wpływ; często jednak do tego środka uciekać się nie potrzebujemy) w postaci często zmienianych ciepłych okładów z dodatkiem zazwyczaj środków drażniących skórę, jak: alkohol, spirytus kamforowy i t. p. Niektórzy lekarze zalecają antiphlogistinę, która składa się z krzemianu glinu, gliceryny, małych ilości kw. borowego, salicylowego, jodu i olejków eterycznych. Antiphlogistina ma dłużej zatrzymywać ciepło; nakłada się ją jak maść nad schorzałem miejscem na 22 godziny i na 2 godziny zdejmuje, w ciągu kilku dni. Osobiście po stosowaniu antiphlogistiny w paru przypadkach nie mogłem zauważyć większej różnicy niż po stosowaniu innych procedur cieplnych in caeteris paribus. O działaniu głębszem nie może być mowy. Wygodne jej stosowanie, polegające na jednorazowym nałożeniu na dobę w przeciwieństwie do częstej zmiany okładów, przyczynia się do jej rozpowszechnienia i przysparza jej wielu zwolenników. Obserwowałem stosowanie jej na klinice prof. *Knöpfelmachera* i *Kermaunera* w Wiedniu.

5) Ważną jest rzeczą uspokojenie otoczenia. *Czerny* wypowiedział nawet takie zdanie: „Rokowanie w zapaleniu płuc jest zależne od stanu nerwowego otoczenia". Z zachowania się rodziców wnioskujemy jaki jest stan nerwowy dziecka. W rzeczywistości dziecko neuropatyczne pod wpływem nerwowego zachowywania się otoczenia łatwiej ulegnie porażeniu ośrodka naczynioruchowego, niż dziecko nie obarczone konstytucyjnie. Na rokowanie niekorzystnie wpływa zły stan ogólny dziecka. Dzieci z krzywicą łatwiej zapadają, cięższy jest przebieg choroby i częściej kończy się ona śmiercią. Cięższy jest również przebieg choroby u dzieci wyniszczonych i skrofulicznych. Nie obojętną rzeczą dla rokowania będzie rodzaj choroby, przy której wywiązało się zapalenie płuc. Wiadomą jest rzeczą, jak nieraz opornem w leczeniu jest zapalenie płuc w przebiegu grypy.

6) Przechodzę teraz do środków farmakologicznych.

Od czasu wprowadzenia przez *Aufrechta* i *Cahn-Bronnera* chininy do leczenia zapaleń płuc, śmiertelność znacznie się obniżyła. Pozajelitowe jednak wprowadzanie chininy z urethanem było często przyczyną martwicy w miejscu wstrzykiwania. Fabryce farmaceutycznej Bad-Homburg udało się uzyskać preparat pod nazwą: „Transpulmin“ [1]), który zawiera w jednym cm.³ 0,03 chininy zasadowej, 0,025 kamfory w rozczynie olejków eterycznych. Preparat ten wypróbowałem, jak już wyżej zaznaczyłem w stu szesnastu przypadkach zapaleń płuc. W 104 przypadkach chodziło o zapalenie odoskrzelowe w czasie przebiegu grypy, odry lub kokluszu. W 12 przypadkach miałem do czynienia z zapaleniem włóknikowem płuc. We wszystkich tych przypadkach stosowałem transpulminę w postaci wstrzykiwań domięśniowych od 0,3 do 2 cm.³, w zależności od wieku chorego. W zapaleniach płatowych stosowałem przedtem u chorych dzieci do wewnątrz optochinum basicum, o czem pisałem w „Wiedzy Lekarskiej“ (Nr. VI z 1929 r.). Ponieważ optochina jest b. gorzka, niemowlęta i starsze dzieci wzbraniały się przed tym sposobem przyjmowania lekarstwa.

Przy zastosowaniu zaś optochiny w czopkach nie mogłem zauważyć jej specyficznego działania w sposób b. wybitny. Zacząłem zatem próbować wstrzykiwań transpulminy. W zapaleniach odoskrzelowych wstrzykiwałem transpulminę często z dodatkiem 10% ol. camphorat., w dawkach następujących:

niemowlętom:

do ½ roku 0,3 cm.³ transpulminy i 0,25 cm.³ ol. camph. 10%
„ 1 „ 0,5 „ „ „ 0,5 „ „ „

dzieciom:

„ 2 „ 0:75 „ „ „ 0,75 „ „ „
„ 3 „ 1 „ „ „ 1 „ „ „

Wstrzykiwań dokonywałem w mięśnie pośladkowe, mieszając oba środki w jednej strzykawce. Wstrzykiwania są mało bolesne i nie potrzeba zachowywać żadnych specjalnych środków ostrożności przy ich stosowaniu.

Wyniki otrzymałem b. zadowalające, niekiedy wprost rzucające się w oczy. Leczenie przeprowadzałem ambulatoryjnie, jednak prawie wszystkie przypadki miałem możność obserwować. W tych przypadkach, gdzie już po jednorazowem wstrzykiwaniu nastąpiło polepszenie, komunikowali mi rodzice, że stan dziecka się poprawił. W cięższych przypadkach dokonywałem wstrzykiwań co trzeci dzień i nie więcej jak 3, ażeby już osiągnąć wyleczenie. Do transpulminy w cięższych przypadkach dodaję kamforę, a mianowicie tam, gdzie stwierdzam zaburzenie w krążeniu. Zawartość jej bowiem w transpulminie jest nieznaczna, a jak wywnioskowałem z przypadków porównawczych, większa dawka kamfory sprzyja lepszemu krążeniu, szybszej resorbcji wysięku i szybszemu przenoszeniu transpulminy do płuc, gdzie chinina rozwija swoje działanie na procesy toksyczne, a olejki eteryczne, wydzielając się przez płuca (zapach w czasie wydechu), zmniejszają ilość wydzieliny; stąd nieraz tak szybkie zmniejszanie się rzężeń wilgotnych. Mógłby mi ktoś zarzucić, że i bez stosowania transpulminy mogłoby nastąpić wyleczenie, że zatem nie mam racji mówiąc: post hoc ergo propter hoc. Bez wątpienia sa takie przypadki, gdzie i bez transpulminy osiągamy wyleczenie. Jeżeli w zapaleniach włóknikowych możemy zachowywać się wyczekująco z małym stosunkowo ryzykiem, o tyle w zapaleniach odoskrzelowych musimy jaknajwcześniej wkraczać czynnie. Na potwierdzenie skuteczności transpulminy mam kilkanaście przypadków, gdzie wszelkie inne sposoby leczenia zawiodły, choroba z nieubłaganą konsekwencją posuwała się naprzód, coraz to nowe zajmując zraziki. Pozwolę tu sobie opisać kilka przypadków i zwrócić uwagę na skuteczność transpulminy.

I. Przypadek. Niemowlę G. T. sześciomiesięczne; od trzech tygodni kaszlało, jeden i pół tygodnia temu dostało silniejszej gorączki, dochodzącej do 40°C., nie spało, nie ssało, zaczęło często oddychać, w czasie kaszlu płakało. Rodzice udali się z nim do lekarza, który stwierdził za-

[1]) Transpulminie oryginalnej równoznaczne prawie pod względem składu są polskie preparaty: Gessnera — loco Pneumonin i Kamfochina „Laokoon“.

palenie płuc z lewej strony. Zalecone procedury w postaci baniek, okładów, środków wykstuśnych i nasercowych nie były w stanie poprawić stanu zdrowia. Niemowlę coraz częściej siniało, łapało powietrze otwartemi ustami. Po tygodniu leczenia kiedy stan był już b. groźny przywieziono je do mnie, bez nadziei na wyleczenie, ale poprostu nie mogąc patrzeć na dziecko, które co chwilę jakby konało.

W czasie badania stwierdziłem: wargi, błony śluzowe, policzki, rączki, nóżki i całe powłoki sine i zimne; tętno prawie nie wyczuwalne; uderzenia koniuszkowe serca trudne do policzenia. Oddech b. szybki; źrenice rozszerzone słabo oddziaływujące na światło, powieki nawpół otwarte, nieruchome, wzrok utkwiony w dal, kaszel ustąpił zupełnie, ruchy czynne znikły. Na całej przestrzeni pól płucnych przytłumienie, nieco wyjaśniające się u szczytów, osłuchowo: wilgotne, rozlane rzężenia drobne i średnio bańkowe, słaby oddech oskrzelowy. Gorączka 36°C. Stan zatem nie rokujący nic dobrego — stan zapaści.

Tytułem próby wstrzyknąłem 0,5 cm.³ transpulminy i 0,5 cm.³ ol. camphor. 10% i 0,03 coffeini n.-benz. Otworzyłem okno (wiosna). W pół godziny dziecko zdradziło pierwsze ruchy powiekami i rączkami. Mimo to jeszcze nie mogło przyjść do siebie. Zapisałem do domu kofeinę z koraminą i poprosiłem rodziców o przywiezienie dziecka na trzeci dzień, gdyby żyło. Na trzeci dzień, dziecko już rumiane, ruchliwe i płaczące. W górnych częściach niema już rzężeń. Tętno wyczuwalne, nieco przyśpieszone. Gorączka 37,8°. Źrenice prawidłowe. Wstrzyknąłem 0,3 cm.³ transpulminy i 0,25 cm.³ ol. camphor. 10%. Na trzeci dzień tętno dobrze wypełnione, miarowe, nieco przyśpieszone. T. 36,8°. Rzężenia — z prawej strony pod dolnym brzegiem łopatki i nieznaczne w dole z lewej strony. Jeszcze jedno wstrzyknięcie, jak poprzednie, poczem zupełne wyleczenie.

II. Przypadek. Dziecko Ch. G. 1½ roku, od dwóch dni nagle zaczęło gorączkować dość wysoko, i kaszlać krótkim, krtaniowym, ochrypłym kaszlem i ciężko oddychać. Głos dziecka niezmieniony.

W czasie badania stwierdziłem: T. 39°. Tętno b. przyśpieszone, dołki podżebrowy i jarzmowy przy wdechu zapadają się, oddychanie przyśpieszone i utrudnione. Mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe w czasie wdechu napinają się. Na szyi gruczoły wielkości fasoli i grochu polnego. Z przodu klatki piersiowej naczynia w postaci siatki. Migdały nieco powiększone i przekrwione. Nalotów nie stwierdziłem. Badanie lusterkiem krtani poza obrzękiem nieznacznym strun głosowych, zwężeniem szpary głosowej, nie wykazało innych zmian anatomo-patologicznych. Tylna część gardzieli, błona śluzowa nosa w stanie nieżytu. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej stwierdziłem: oddech osłabiony, szczególnie w częściach dolnych płuc, pojedyńcze rzężenia średniobańkowe i kilka trzeszczeń w dolnej części prawego płuca; posuwając się ku górze ku tchawicy oddechy stają się coraz bardziej zaostrzone, a na wysokości od III do V kręgu piersiowego przy pochyleniu głowy ku przodowi oddechy o charakterze coraz bardziej piłującym. To samo z przodu klatki piersiowej przy osłuchiwaniu ponad rękojeścią mostka; oddechy jeszcze bardziej piłujące przy pochyleniu głowy ku tyłowi. Opukiwaniem stwierdziłem: przytłumienie nieznaczne w dolnej części prawego płuca i stłumienie na wysokości wyrostków kolczystych III i IV kręgu piersiowego większe po prawej, niż po lewej stronie.

Procedury napotne, wziewania, środki wykstuśne i spontaniczne wymioty nie zdołały w przeciągu tygodnia wpłynąć wybitniej na stan choroby. Zauważyłem nawet, że liczba rzężeń z każdym dniem się zwiększa, dołączają się już i drobnobańkowe. Trzeszczenia stają się coraz wybitniejsze. Przytłumienie również się rozszerza. Gorączka nie przewyższa rano 38°, wieczorem dochodzi do 39,5°. Tętno poza przyśpieszeniem nie przedstawia żadnych odchyleń. Po akcie wymiotnym ilość rzężeń i trzeszczeń zmniejszała się, oddychanie nieco się poprawiało.

Wstrzyknąłem 0,75 cm.³ transpulminy i poleciłem dziecko nosić. Na drugi dzień objawy grypowego pseudokrupu, niedodmy i zapalenia płuca prawego ustąpiły bezpowrotnie. Wskutek zmniejszenia się wydzieliny i obrzęku błony śluzowej oskrzeli, ucisk wywierany na nie przez powiększone gruczoły śródpiersiowe przestał być przeszkodą w lepszej wentylacji płuca.

III. Przypadek. Dziecko S. J. w wieku 1 rok 7 miesięcy; od 1½ tygodnia odrazu wysoka gorączka do 39,5°, słaby kaszel, wymioty. Lekarz najbliższy stwierdził grypę i zapalenie płuc; zalecił preparaty salicylowe i procedury napotne; gorączka z początku spadła do 38°, ale po trzech dniach zaczęła się znowu wznosić, kaszel się wzmógł, dziecko zaczęło szybciej oddychać, wystąpiło silniejsze osłabienie i wymioty.

Po zbadaniu rozpoznałem zapalenie odoskrzelowe płuca lewego w przebiegu grypy. Rzężenia wilgotne dochodziły prawie do grzebienia łopatki.

Wstrzyknąłem 0,75 cm.³ transpulminy. Na drugi dzień gorączka spadła do normy. W ciągu trzech dni dziecko wyzdrowiało.

Poza wstrzykiwaniami podaję w przypadkach, połączonych z właściwą niedomogą krążenia, jak już wyżej zaznaczyłem, kamforę, kofeinę, koraminę, często w połączeniu z pyrenolem i kodeiną. Ze środków przeciwgorączkowych — niekiedy pyramidon; nigdy nie stosuję preparatów salicylowych, które rozszerzając naczynia brzuszne, mogą się przyczynić do przyśpieszenia stanu zapaści. Środków typowo wykrztuśnych prawie nigdy nie stosuję u niemowląt; zwiększają one wydzielinę, którą za pomocą transpulminy staramy się ograniczyć.

W przypadkach zapaści, podobnych, jak opisałem w pierwszym przypadku, polecam ponadto stosowanie lobeliny i czystego tlenu, jeżeli on jest pod ręką. Serce bowiem niemowląt jest w stanie długo pokonywać trudności, kiedy jednak odmówi posłuszeństwa, trudno już mu przywrócić pierwotną zdolność do pracy, w przeciwieństwie do dzieci starszych i dorosłych. Objawy nie-

domogi mięśnia sercowego nie zawsze pochodzą od samego serca. Częściej przyczyna leży w niedostatecznym dopływie tlenu, stąd niekiedy tak szybki efekt po doprowadzeniu tlenu i podrażnieniu ośrodka oddechowego przez lobelinę.

Jak zdołałem zaobserwować w niektórych ciężkich przypadkach, mimo że objawy fizykalne nieraz w powolnym tempie ustępowały, to jednak samopoczucie, ogólny wygląd dziecka, jego zachowanie się, gorączka nie zdradzały choroby. Odnosiłem wrażenie, że objawy toxaemji ustępowały b. szybko, proces zaś anatomo-patologiczny w szybszym lub powolniejszym tempie wracał ad integrum.

Jakim jest mechanizm działania chininy?

Czy chinina w danym wypadku działa bakterjobójczo w sensie: „dosis sterilisans magna" Ehrlicha, śmiem wątpić. Transpulmina bowiem zawiera b. małe ilości chininy, która działa specyficznie na pneumokoki. A badania bakterjologiczne wykazały, że najczęstszym współtowarzyszem, odgrywającym rolę w etjologji zapaleń odoskrzelowych płuc są pneumokoki, szczególnie typ I.

Raczej należy zastosować tu, moim zdaniem, tezę prof. *Hilgermann*a, że działa ona jako „dosis destruens minima", to znaczy, że działa ona parazytotropowo w tym sensie, że zabija małą ilość zarazków, z których uwolnione toksyny, są w stanie wywołać odporność czynną, drogą specyficznych ciał drażniących. Wskutek uwolnienia nowych toksyn następuje obrona organizmu przez nadprodukcję ciał odpornościowych, które nietylko wiążą jady świeżo wyzwolone, ale i te, które już przedtem krążyły we krwi i były powodem cierpienia.

Tak sobie tłumaczę szybkie odtruwanie ustroju po transpulminie w zapaleniach płuc.

W zapaleniach włóknikowych uzyskałem również w przytoczonych 12 przypadkach wyniki ogromnie zadawalające. Przyczem tem szybsza była poprawa, im wcześniej zastosowałem wstrzykiwanie. W 9 przypadkach powtórne wstrzykiwanie okazało się zbędne, po dwóch dniach dzieci już nie gorączkowały, kaszel się zmniejszył, okres zwątrobienia szybciej przechodził w okres rezolucji; wysięk łatwo się wchłaniał. Czas choroby udawało się skrócić o kilka dni. Objawy toksyczne jak wymioty, niekiedy rozwolnienia, wypryski, zamroczenia świadomości po kilkunastu godzinach ustępowały bezpowrotnie. W 3 cięższych przypadkach, które otrzymałem w 4—6 dniu choroby ze względu na ciężki stan ogólny, objawy toksyczne i meningismus, uważałem za wskazane zrobić codziennie lub co drugi dzień wstrzykiwania, poczem następowało wyzdrowienie. Oczywiście podaję tu przypadki nie powikłane ropieniem, czy to w obrębie opłucnej lub płuca. Dla przykładu przytoczę dwa przypadki:

I. Przypadek. Chłopczyk K. L. w wieku 2 lat 3 mies. Choroba rozpoczęła się nagle przed czterema dniami kaszlem krótkim, wymiotami i rozwolnięniem, szybszym oddychaniem, wysoką gorączką.

Stan obecny: T. 39.3°, tętno b. przyśpieszone, małe, słabo wypełnione, miarowe, wymioty 6—7 razy dziennie, oddychanie szybkie, powierzchowne, kaszel krótki, urywany, dźwięczny. Herpes labialis. W prawym płucu, nad płatem górnym stłumienie, bronchophonia, oddech oskrzelowy, szorstki, drżenie głosowe wzmożone.

Wstrzyknąłem 0,75 cm.^{3} transpulminy i 0,5 cm.^{3} ol. camphorati 10%. Na drugi dzień gorączka spadła, wymioty i rozwolnienia ustąpiły, a na trzeci dzień stwierdziłem zaledwie pojedyńcze trzeszczenia powrotne, które, bez interwencji, znikły w dniu następnym.

II. Przypadek. Niemowlę J. S. dziewięciomiesięczne, chore od trzech dni, kaszle, wymiotuje, gorączka wystąpiła nagle. Po przybyciu stwierdziłem nad płatem środkowym prawego płuca stłumienie, oddech oskrzelowy, szorstki, miejscami na obwodzie trzeszczenia wstępne, bronchophonia, nieznaczna sztywność karku. Objawy oponowe ujemne. Tętno przyśpieszone, miarowe, dobrze wypełnione. Gorączka 40,1°. Wymioty szczególnie wieczorem.

Wstrzyknąłem 0,5 cm.^{3} transpulminy, poczem ustąpił opisthotonus, wymioty, gorączka spadła; na trzeci dzień po wstrzykiwaniu dziecko zdrowe zupełnie.

Muszę tu jednak stwierdzić, iż nie we wszystkich przypadkach włóknikowego zapalenia płuc wyniki są tak rzucające się w oczy. Jeżeli weźmiemy pod uwagę niejednakową zdolność chorych do aktu samoobrony i to, że nie we wszystkich przypadkach bywają przyczyną zapalenia włóknikowego pneumokoki (mogą być bac. Friedländeri, Pfeifferi, paciorkowce, jakkolwiek rzadko), a uważając chininę za środek specyficzny przeciwko pneumokokom, zrozumiałą jest rzeczą, że znajdą się przypadki, w których nie otrzymamy znacznego polepszenia. Nie możemy sie też spodziewać dobrych wyników w późniejszych o-

kresach zapaleń włóknikowych, jakkolwiek polepszenia spotykałem, szczególnie w tak zw. „pneumonia protracta".

Przekonałem się, że transpulmina daje lepsze wyniki u dzieci, niż u dorosłych (dla tych ostatnich w zapaleniach włóknikowych więcej nadaje się solvochina), tak w zapaleniach włóknikowych, jak i odoskrzelowych, co prawdopodobnie należy odnieść do zbyt małych ilości chininy, zawartej w transpulminie i zbyt małych dawek jej dla dorosłych. Jeżeli po dawce 2 cm.³ dla dorosłego nie stwierdzimy poprawy, należy wstrzyknąć powtórnie więcej 3—4 cm.³ i w ten sposób nieraz udaje się osiągnąć poprawę, co zdołałem stwierdzić w jednym przypadku.

Prócz preparatów chininy, bakterjobójcze działanie na pneumokoki posiada również żółć i sole zasadowe kwasów żółciowych, co wykorzystał do swoich doświadczeń na myszach prof. *Hilgermann*.

W doświadczeniach chorych stosuje on Natr. taurochol. w znacznem rozcieńczeniu w odpowiedniej koncentracji jonowej płynu (PH 8,4 — 9,6), w którym środek ten wykazuje optimum swego działania, nie tracąc zdolności parazytotropowej w pozajelitowem zastosowaniu, mimo zadziałania na niego alkalicznej rezerwy krwi. Takim płynem okazała się surowica krwi. Środek ten pod nazwą „Chemotherapeutisches Pneumokokkenserum" wyrabia Sächsisches Serumwerk w Dreznie. Nie mając osobistych doświadczeń z powyższym środkiem, ograniczam się tylko do wzmianki.

Dalsze doświadczenia wykażą, czy rzeczywiście ma on wpływ specyficzny na sprawy pneumokokowe i czy może on wyprzeć preparaty chininowe w zapaleniach płuc. W ostatnich czasach stosują surowice w podobny sposób przyrządzone na inne zarazki n. p. paciorkowce.

Teoretycznie należy przypuszczać, że w zapaleniach odoskrzelowych płuc nie zdoła powyższa surowica zastąpić transpulminy. W nawiasie zaznaczę, że:

W zapaleniach odoskrzelowych płuc u osób starszych otrzymałem również dobre wyniki i tem szybsze, im większa była gorączka i lepszy stan ogólny chorego. Konieczna była jednak większa ilość wstrzykiwań, niż u dzieci, co prawdopodobnie stoi w związku ze słabszym odczynem zużytego organizmu i trudniejszym przedostawaniem się środka do miejsca procesu patologicznego wskutek tak częstej miażdżycy naczyń i upośledzonego krążenia. W chorobach połączonych z charłactwem, wycieńczeniem lub innemi sprawami o złem rokowaniu nie osiągniemy poprawy. Jestem przekonany, że sposób wyżej podany będzie w stanie w dużej mierze przyczynić sie do rozwiązania problematu leczenia zapaleń płuc wczesnego dzieciństwa i do znacznego obniżenia śmiertelności, podobnie jak racjonalna djeta w zaburzeniach żołądkowo-jelitowych.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Gotteles* i *Ziemilski*. Kamfochina przy lecz. schorz. narz. oddechowego (Prakt. Lek. ark. VII — 1928).
2. *Ziemilski B.* O leczeniu zapaleń płuc. (Prakt. Lek. ark. VIII — 1928).
3. *Sienicki Fr.* Kaszel u dzieci. (Prakt. Lek. ar. VI—1929).
4. *Sienicki Fr.* O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc. (Wiedza Lek. Nr. VI, 9, 1929).
5. *W. Orłowski*. Choroby narządu oddechowego.
6. *Hutinel*. Les maladies des enfants.
7. *Bergélet Hufnagel*. Broncho-pneumonie grippale avec éruption. (Soc. med. d. Hop. 30.IV.20).
8. *P. Lereboullet*. La grippe: clinique, prophyl. traitement. (Les actualités med. Baillière, 1926).
9. *H. Grenet*. Trait. specifique de broncho-pneumonie. (Revue med. de la Suisse romande 1927).
10. *Dufourt et Sedallian*. L'etiologie et prophylaxe broncho-pneumonie. (Rev. med. de la Suisse 1927).
11. *Paul Hoim* — Die Pathologie d. Säuglingspneumonie. (Mtschr. für Kdheilk. Bd. 45 H. 2 1929).
12. *R. Neumann* u. *H. Happe* — Zur Bakteriologie u. spezif. Prophyl. d. Säuglingspneumonie (Ibidem).
13. *C. de Lange*. Stat. cerebr. b. Bronchopn. (Jahrb. f. Kdheilk. Bd. 119. H. 1 u. 2—1928).
14. *S. Bothner*. Ueber d. Bhdl. d. kindl. Bronchopnm. m. Roentgenstrahlen (M. M. Wschr. Nr. 29 — 1928).
15. *Paul Görle*. Transpulmin u. Solvochin (Nürnb. med. Ges. u. Polikl. Sitz. 12/IV/1929).
16. *Ochsenius*. Z. Bhdl. d. Bronchopn. bes. b. Grippe in frühen Kindesalter (M. M. Wschr. Nr. 1 — 1930).
17. *Hilgermann. D.* Chemotherapie d. Pneumokokkeninfection (M. M. W. Nr. 35 — 1930).
18. *Hilgermann*. Neue Ziele u. Wege d. Chemotherapie (M. M. W. Nr. 35 — 1930).
19. *Hilgermann*. D. Chemotherapie d. Streptokokkeninfektion. (M. M. W. Nr. 46—1930).
20. *E. Feer* — Lehrb. d. Kindheilkunde.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

słabych odczynów ogniskowych i niekiedy więk-

Gościec wielostawowy dorosłych i jego leczenie organicznemi związkami złota. (Les rhumatismes polyarticulaires de l'adulte et leur traitement par les sels organiques d'or.). J a c q u e s F o r e s t i e r.

Presse médicale. Nr. 40. 1931, Maj.

Właściwa etjologja wielostawowego przewlekłego gośćca zniekształcającego nie jest ostatecznie wyjaśniona. Zaburzenia naczynioworuchowe są raczej objawem, a nie właściwą przyczyną, również zdaniem autora nie należy traktować ten rodzaj schorzeń stawowych jako sprawę skazową. Autor skłania się raczej ku poglądom angloamerykańskim, które ujmują gościec zniekształcający jako sprawę infekcyjną, wywoływaną infekcją względnie łagodną, ale postępującą stale. W około 10% przypadków można stwierdzić wpływ określonego zarazka: prątka gruźliczego, gonokoka, krętka bladego. W reszcie, czyli 90%, zarazkiem prawdopodobnie będącym przyczyną zmian chorobowych jest swoisty szczep paciorkowca. Rzecz prosta należy przypuścić, że do wybuchu choroby pozatem jest koniecznym warunkiem odpowiednie podłoże, powstające na tle zaburzeń gruczołów dokrewnych, allergji i t. p. lecz jednak za przyczynę właściwą należy uważać wyżej wspomniany szczep paciorkowca. Pewna analogja w przebiegu klinicznego wielostawowego zniekształcającego gośćca i gruźlicy nasunęła autorowi myśl wykorzystania związków złota w leczeniu tych spraw, tembardziej, że leczenie szczepionkami, związkami jodu, salicylatami i t. p. bardzo często nie prowadzi do celu. Chryzoterapja zgodnie z współczesnemi poglądami nie może być uważaną za leczenie swoiste li tylko przeciwprątkowe. Pomyślne działanie złota w schorzeniach paciorkowcowych, jak to wykazały prace *Feldta,* rokowały nadzieję, że nie pozostanie ono bez wpływu i w gośćcu wielostawowym.

Autor przeprowadził chryzoterapję u 48 chorych, z tych najwięcej bo 36% było w wieku od 30 do 40 lat, a sprawa chorobowa trwała przed rozpoczęciem leczenia u 39,9% powyżej 2 lat, u 29,1% od 2 do 5 lat i wreszcie u 31% powyżej 5 lat były więc to przypadki już dłużej trwającego schorzenia, leczone bezskutecznie w najrozmaitszy sposób.

Celem należytego doboru przypadków były przeprowadzone drobiazgowe badania kliniczne w kierunku obrazu krwi, % hemoglobiny, zawartości mocznika, kwasu moczowego, cholesteryny, wreszcie w razie potrzeby wykonywano odczyn Wassermana. Z badań tych wynikło, że w czystych przypadkach wielostawowego gośćca zniekształcającego zwykle zaznacza się niewielki spadek hemoglobiny i dość znaczna leukocytoza, sięgająca w niektórych przypadkach do 23.000, natomiast chemizm surowicy nie wykazał większych odchyleń. Autor opierając się na swem doświadczeniu i wynikach powyższych badań sądzi, że najodpowiedniejsze przypadki do leczenia złotem są to przypadki o cechach arthritis inflammatoria z zajęciem przeważnem maziówki z hyperleukocytozą. Natomiast artropatje typu artroz jak np. malum coxae senilis, lipoarthritis genu i t. p. zachowują się odpornie na leczenie złotem.

Autor posługiwał się związkiem organicznym złota i siarki znanym pod nazwą a l l o c h r y s i n e L u m i è r é a w przekonaniu, że obecność siarki zdawna używanej w leczeniu schorzeń stawowych wzmoże działanie złota i uważając, że siarka w allochryzynie związana jest w sposób racjonalniejszy niż w sanochryzynie. Allochryzyna była stosowana w postaci wstrzykiwań domięśniowych, co tydzień, początkowo w dawkach dość sporych, bo po 0,25. Tak wielkie dawki jednak często wywoływały objawy zatrucia, wobec czego wkrótce zmniejszono dawkę do 0,1, względnie nawet do 0,05 u chorych osłabionych. W ten sposób autor obecnie podaje, wstrzykując co tydzień, ogółem od 1,50 do 2.50 allochryzyny w ciągu 2 do 3 miesięcy, poczem po przerwie 6—8 tygodniowej wstrzykiwania w razie potrzeby są wznawiane. Biorąc nawet pod uwagę możliwość samoistnych remisji i polepszeń występujących w przebiegu wielostawowego gośćca, wyniki leczenia allochryzyną należy określić jako bardzo dobre. Wszystkie przypadki były spostrzegane conajmniej 8 do 10 miesięcy, co pozwala wyłączyć przypuszczenie samoistnej remisji. Wpływ leczenia klinicznie ujawniał się szybko, a mianowicie zgrubienia maziowki znikały, bóle ustępowały, tak, że chorzy nie odczuwali potrzeby przyjmowania jak poprzednio związków salicylowych lub leków nasennych, ruchy w stawach zajętych zwiększały się, stan ogólny wykazywał znaczną poprawę. Ciepłota powoli opadając stawała się prawidłową, hyperleukocytoza w przypadkach z wyraźnie powiększoną liczbą białych ciałek krwi, znikała.

Badania moczu i krwi nie wykazywały zmian, co stanowi dowód nieszkodliwości preparatu dla nerek. Liczbowo z 44 przypadków leczonych i spostrzeganych w sposób wyżej wymieniony w 17 uzyskano wynik bardzo dobry, w 16 dobry, w 10 średni i tylko w jednym przypadku leczenie powyższe nie dało żadnego wyniku. Co się tyczy powikłań leczenia, to były one dość częste w okresie stosowania dużych dawek i prawie zupełnie znikły z chwilą, gdy leczenie zaczęto przeprowadzać za pomocą dawek małych. Objawy bezpośrednio występujące po wstrzyknięciu miejscowo były żadne, natomiast objawy ogólne spostrzegano w postaci

szych wzniesień ciepłoty, co jednak nigdy nie prowadziło do poważniejszych następstw i nie wymagało zaprzestania podawania złota. Z objawów późnych na pierwszy plan wysuwają się objawy ze strony skóry i śluzówek, a mianowicie nadżerek na śluzówce ust i erytrodermij o charakterze odrowym lub płoniczym. Jak wyżej zaznaczono, powikłania te prawie zupełnie znikły z chwilą obniżenia dawek, a w celu zapobiegnięcia ich powstawaniu, autor ponadto doradza otoczyć szczególną opieką higjenę jamy ustnej, stosować podsiarczyn magnezu w przypadkach anafilaksji, wreszcie dokładnie spostrzegać chorych i kontrolować odczyn po każdem wstrzyknięciu, aby w razie wystąpienia większych odczynów zmniejszyć dawkę lub przedłużyć odstęp między injekcjami.

W ten sposób ujęte leczenie dałoby się zobrazować w następującym schemacie:

po dokładnem zbadaniu i ewentualnem usunięciu istniejących ognisk infekcji, 2—3 wstrzyknięcia po 0,05 w odstępach tygodniowych celem zbadania wrażliwości chorego. Następnie, o ile tolerancja okaże się dobrą, wstrzykuje się co tydzień po 0,1 aby ogółem podać w ten sposób 1,50 do 2,0 preparatu (15 do 20 wstrzyknięć). Bez względu na wynik po uzyskaniu tej dawki leczenie przerywa się na 6 tygodni, poczem rozpoczyna się druga serja wstrzyknięć po 0,1 w przypadkach cięższych lub po 0,05 w lżejszych. Druga serja składa się znowu z 15—20 injekcji. Ponieważ mamy do czynienia ze sprawą wybitnie przewlekłą, autor doradza długotrwałe dalsze stosowanie terapji złotowej podług następującego planu: wstrzyknięcia co 10 dni po 0,05 w ciągu 4 miesięcy, 2 miesięcy przerwy i nowa serja taka sama czteromiesięczna i t. d. W ten sposób udało się autorowi uzyskać trwałe zniknięcie wszelkich objawów, aczkolwiek o zupełnem wyleczeniu nie chce autor mówić ze względu na krótki (2 lata) okres spostrzegania.

Zastanawiając się nad sposobem działania złota, uważa autor, że działa ono jako bodziec raczej wzmagający obronne siły ustroju, a nie jako środek bezpośrednio bakterjobójczy. Połączenie z siarką, zdaniem autora, jest szczególnie cenne, aczkolwiek w bliższych detalach jeszcze niewyjaśnione; ma to być przedmiotem dalszych badań.

Chemizm żołądka w niedomodze sercowej. (Le chimisme gastrique dans l'insuffisance cardiaque). R. Rahier.

Presse Méd. N. 46. r. 1931.

Od dawna było wiadomem, że w okresie niedomogi mięśnia sercowego bardzo znaczna liczba chorych skarży się na zaburzenia żołądkowe. Chorzy ci mają mały apetyt, łatwo ulegają nasyceniu, natychmiast po jedzeniu skarżą się na ucisk w żołądku, nieraz miewają nudności a nawet wymioty. Objawy żołądkowe mogą występować nie tylko ostro, ale tak wcześnie u tego rodzaju chorych, że nieraz one przedewszystkiem zwracają na siebie uwagę. Te objawy, zależne od niedomogi mięśnia sercowego, występują przedewszystkiem z chwilą pojawienia się obrzęków i nie są wywoływane przez przyjmowane leki, które, rzecz prosta, same dla siebie mogą nieraz powodować zaburzenia żołądkowe. Częstość występowania zaburzeń żołądkowych także nie zależy od rodzaju zmian w zastawkach serca. Poprawa ogólnego stanu, a zwłaszcza ustąpienie obrzęków, pod wpływem leczenia diuretycznego, sprowadza też ustąpienie objawów żołądkowych.

U tego rodzaju chorych z zaburzeniami ze strony żołądka stwierdzano nieraz niedokwaśność żołądka. Autor dokonał szeregu badań u 28-miu chorych na niedomogę mięśnia sercowego z obrzękami, badając też i chorych, którzy na żadne dolegliwości się nie uskarżali. Badano treść żołądkową na kwasotę ogólną i obecność kwasu solnego wolnego naczczo oraz po śniadaniu Ewald'a; u niektórych chorych badań dokonywano po histaminie. Z tych 28-miu chorych, 22-ch wykazało niską kwasotę ogólną oraz zupełny brak kwasu solnego, zarówno naczczo, jak i po próbnem śniadaniu. Natomiast u 6-ciu stwierdzono obecność wolnego kwasu solnego po śniadaniu, podczas gdy tylko 2 wykazało obecność tego kwasu i w treści wydobytej naczczo. Naogół liczby kwasoty ogólnej, jak i wolnego kwasu solnego były niskie. Po wstrzyknięciu 1 mlgr. histaminy, z 7-miu zbadanych przypadków, u 4-ch stwierdzono obecność wolnego kwasu solnego, lecz w nieporównanie mniejszej ilości, aniżeli u ludzi zdrowych. Także i ogólna ilość wydzielonego soku żołądkowego była niższa, niż u ludzi zdrowych. Doświadczalne badania *Gley'a* wykazały, że upośledzenie krążenia krwi w żołądku zmniejsza wydzielanie i kwasotę treści żołądkowej. Ten czynnik niewątpliwie gra rolę i u chorych z niedomogą krążenia, u których uderza jednak, że upośledzenie wydzielania żołądkowego, spotyka się przedewszystkiem u chorych z obrzękami. Znaczna zawartość CO_2 we krwi, według autorów rumuńskich *Teodoresco* i *Danlesco*, ma być przyczyną hypochlorhydrji. Autor nie zgadza się z powyższem zdaniem, gdyż u jednego chorego z bardzo znaczną sinicą, lecz bez obrzęków, stwierdził prawidłową zawartość wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej, natomiast z chwilą gdy u tegoż samego chorego wystąpiły obrzęki, wówczas spadła ogólna kwasota treści żołądkowej i zniknął wolny kwas solny. Badania ostatniej doby wykazały też brak wszelkiej łączności między djetą bezsolną a obecnością wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej. Jakkolwiek z powyższych badań wynika, że istnieje zależność między występowaniem obrzęków a znikaniem kwasu solnego w treści żołądkowej, to jednak zależność ta występuje tylko u chorych z niedomogą krążenia, gdyż według badań autora, w zapaleniu nerek ze znacznymi obrzękami, stwierdza się obecność kwasu solnego w soku żołądkowym.

Wyniki powyższej pracy wskazują, że w niedomodze krążenia z obrzękami zmniejsza się ilość wydzielanej treści żołądkowej, znika wolny kwas solny i występuje atonja żołądka. Po ustąpieniu obrzęków i wyraźnych objawów niedomogi krążenia, ilość wydzielanej treści żołądkowej zwiększa się i pojawia się kwas solny. Wreszcie w cierpieniach nerkowych, bez niedomogi krążenia, mimo znacznych nieraz obrzęków ogólnych, wydzielanie treści żołądkowej nie ulega zmianie.

HÉMOPLASE
Lumière

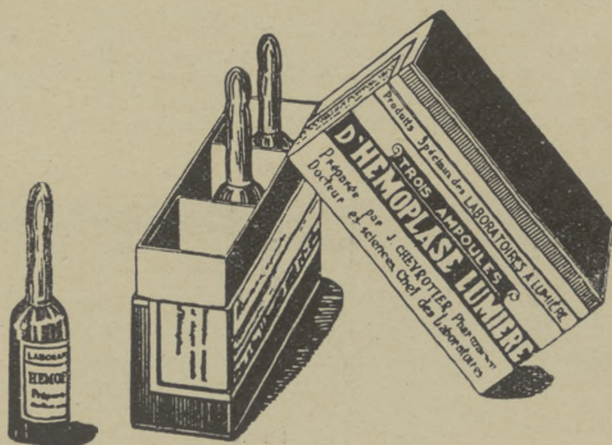
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet
(Domięśniowo) w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc; od 8-13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)





DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI *Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42*

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

Leczenie ostrego gośćca stawowego zapomocą dużych dawek salicylu i zasad. (La méthode salicylo-alcaline massive dans le traitement du rhumatisme polyarticulaire aigu). D. Daniélopolu, C. Dimitriu i Cimino-Bérenger.

Presse Méd. Nr. 46. r. 1931.

Daniélopolu od r. 1923 broni tezy, że gościec stawowy jest cierpieniem, dotyczącem przedewszystkiem serca, że przebiega znacznie ciężej u dzieci, niż u ludzi dorosłych i że jedynem leczeniem swoistem gośćca jest podawanie dużych dawek salicylanu sodu oraz sody, według metody, podanej przez *Lees'a* i *Mackenzy'ego*. Salicylan sodu należy podawać w dawkach od 12 do 30 gr. na dobę, w połączeniu z dwuwęglanem sodu w dawce podwójnej, t. j. 24 do 60 gr. na dobę. Powyższe leki należy podawać w dawkach częściowych zarówno w dzień, jak i w nocy. Nadto stosuje się djetę przeciwzakwaszającą. Tego rodzaju leczenie nie tylko nie jest przeciwwskazane u chorych z sercowymi powikłaniami, ale nawet jest polecenia godne. Powyższe leczenie, zastosowane bardzo wcześnie i prowadzone dostatecznie długo, t. j. do ustąpienia wszelkich klinicznych, objawów gośćca, przedstawia nawet leczenie zapobiegawcze wobec powikłań sercowych.

Przez ostatnich 7 lat autorowie zastosowali powyższy sposób leczenia u 130-tu chorych na gościec stawowy, przyczem u 9-ciu badano bliżej skutek podawania dużych dawek salicylu bez sody oraz z sodą, oznaczając zasób zasad oraz pH krwi i moczu oraz pojawiania się ciał ketonowych również we krwi i w moczu. Z tych 130-tu przypadków, 62 przedstawiało zmiany w sercu. 27 przypadków sercowych znajdowało się w okresie niewyrównania krążenia, niektórzy z nich wykazywali znaczniejsze ilości białka w moczu. Tylko 43 przypadki mogły być leczone od początku metodą autorów.

U 68-miu chorych na gościec wielostawowy, ostry, bez zmian sercowych, stosowano dawki salicylanu sodu od 8 do 22 gr. na dobę. Niektórzy chorzy otrzymywali w sumie 500 do 900 gr. salicylanu sodu w ciągu całego leczenia. Salicylan sodu podawano w dawkach 1 do 2 gr. z podwójną ilością sody w 100 ccm. wody, co półtora do trzech godzin w czasie dnia i co cztery do pięć godzin w czasie nocy. Po przyjęciu leku zalecano zawsze pobieranie jakiegoś pożywienia. Djeta składała się przedewszystkiem z pokarmów mącznych i cukru. Czas trwania całego leczenia wahał się od paru dni do 67 dni.

U chorych gośćcowych, dotkniętych też cierpieniem serca, dawka dobowa salicylanu sodu wahała się od 4 do 20 gr. Całkowita ilość w czasie leczenia wynosiła do 728 gr. Sposób podawania leku nie różnił się od poprzednio opisanego. Czas leczenia wynosił od 10 do 84 dni. U chorych ze znacznem osłabieniem mięśnia sercowego stosowano 8 do 10 gr. na dobę. U 2 chorych z migotaniem przedsionków, stosowano dawkę 8 i 14 gr. na dobę.

Tolerancja chorych wobec dużych dawek salicylanu sodu była doskonała, o ile stosowano równocześnie podwójną dawkę sody. Z chwilą nie tylko odstawienia, ale nawet zmniejszenia dawki sody do dawki, równającej się dawce salicylanu sodu, występowały nudności i wymioty. Przy ponownem podwyższeniu dawki sody, bez zmniejszania dawki salicylanu sodu, objawy nietolerancji znikały. U chorych z białkomoczem, dawki do 18 gr. salicylanu sodu nie dawały żadnych objawów pogorszenia.

Przy tak wysokich dawkach salicylanu sodu chorzy, z ciężkimi nawet powikłaniami sercowymi, przeważnie nie wykazywali żadnych ujemnych objawów ze strony serca. Bardzo rzadko występowała tylko nierównomierność akcji serca, z powodu skurczów dodatkowych (arrhythmia extrasystolica). Oczywiście u chorych z niedomogą mięśnia sercowego stosowano równocześnie leki nasercowe i moczopędne.

Szum w uszach występował jedynie w stopniu słabym, powiększał się jednak znacznie, jeżeli obniżano dawkę sody.

U dzieci stosowano dawki naogół mniejsze, wynoszące jednak 8 do 14 gr. salicylanu sodu na dobę, podczas gdy wiek tych dzieci wahał się od 5 do 12 lat. Dawka salicylanu sodu, w odniesieniu do wagi ciała, była zatem wyższa u dzieci, niż u ludzi dorosłych.

Autorowie podkreślają konieczność odpowiedniej djety oraz należyte rozcieńczanie podawanego salicylanu sodu. Nadto należy dbać starannie o wypróżnienia, aby uregulować wchłanianie się podawanego leku. Leżenie w łóżku jest niezbędnie konieczne nie tylko dla chorych stawów, ale też i dla oszczędzania serca.

Bliższe badania, zapomocą oznaczania pH krwi i moczu, oraz zasobu zasad we krwi, wykazały, że objawy nietolerancji wobec salicylanu sodu polegają na silnem zakwaszeniu ustroju i że odpowiednie alkalizowanie zapomocą podawania podwójnej dawki sody, zapobiega tym powikłaniom. Autorowie przytaczają obszerniejsze dane na poparcie powyższego twierdzenia. Co się tyczy pojawiania się ciał ketonowych w moczu, autorowie tylko raz jeden podobny przypadek stwierdzili.

Wyniki otrzymane zapomocą omawianego sposobu leczenia są tak dobre, że tylko bardzo wyjątkowo spotyka się przypadki, w których leczenie to nie daje spodziewanych wyników. Przypadki te jednak okazały się oporne także wobec innych sposobów leczenia.

Autorowie podkreślają z całym naciskiem, że wcześnie rozpoczęte i odpowiednio prowadzone leczenie ostrego gośćca stawowego, zapobiega powikłaniom sercowym, podczas gdy niedostateczne leczenie lub rozpoczęte późno, nie chroni przed tymi powikłaniami, które wówczas niemal zawsze występują. Sprawę występowania sercowych powikłań w gośćcu stawowym autorowie przedstawiają następująco: z pojawieniem się ostrego gośćca stawowego serce jest zawsze dotknięte powyższą sprawą od samego początku choroby. Objawy ze strony zastawek serca pojawiają się dopiero w drugim lub trzecim tygodniu choroby, aż zapalna sprawa na zastawkach posunie się dostatecznie daleko, by dać objawy kliniczne. Przy zmianach zastawkowych mięsień sercowy jest również zawsze dotknięty. Samo zapalenie mięśnia sercowego zdarza się nierównie częściej, aniżeli z jednoczesnymi zmianami na zastawkach. Zmiany w mięśniu sercowym są w gośćcu stawowym swoiste i polegają na wystąpieniu guzków

COMBRETINE

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.
REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY NAJWIĘCEJ CZYNNY ZE WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH

ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU
NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA
ZAPARCIE NAWYKOWE



DAWKOWANIE
3 razy dziennie po 20-30 kropel

PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY

SKŁAD GŁÓWNY
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



Wskazania:

Rozedma płuc, Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.

Wszelkie wskazania terapji jodowej.

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻECZEK OD HERBATY DZIENNIE.
DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI W CIĄGU DNIA.
DAWKA DLA DZIECI – STOSOWNIE DO WIEKU.

L. NASIEROWSKI · Warszawa Kaliska 9, tel. 724.39 i 630-42 Próby i literatura na żądanie Wpp. Lekarzy.

Aschoff'a. Schorzenie mięśnia sercowego objawia się klinicznie przeważnie dopiero po ustąpieniu ostrego napadu gośćca, jako wzmożona pobudliwość serca, tachycardia, arrhythmia, migotanie przedsionków, tętno naprzemienne i t. p. Autorowie sądzą, że odpowiednie leczenie pozwala zapobiec wystąpieniu cięższych powikłań ze strony mięśnia sercowego, o ile zmiany sercowe ograniczają się tylko do obrzęków i nacieczenia komórkowego. W późniejszych okresach, gdy te zmiany ulegają dalszej organizacji, nawet odpowiednio przeprowadzone leczenie salicylowe, nie może dać pożądanych wyników. Nie mniej jednak i w tych przypadkach zaleca się dalsze leczenie zapomocą salicylanu sodu, gdyż zarazek gośćca tkwi jeszcze w mięśniu sercowym i może być przyczyną dalszego rozwoju sprawy chorobowej. W tych to przypadkach, o ile początkowe leczenie było późno lub niedostatecznie przeprowadzone, autorowie zalecają podawanie kilku gr. salicylanu sodu dziennie, z odpowiednią dawką sody, w przeciągu kilku miesięcy, z czasowemi przerwami.

Wreszcie autorowie podkreślają, że salicylan sodu jest lekiem swoistym dla błon surowiczych i to nie tylko w cierpieniu natury gośćcowej. Także sprawy stawowe ostre, na tle anafilaktycznym, dają się skutecznie i szybko leczyć zapomocą salicylanu sodu.

W końcu swej pracy autorowie streszczają otrzymane wyniki, zalecając podany wyżej sposób leczenia i określając najwyższą dawkę dobową, dla postaci chorobowych średniego natężenia 15 gr. na dobę, dla postaci ciężkich 25 gr. na dobę (zawsze z podwójną dawką sody).

Padaczka u chorej sercowej czy padaczka sercowa. (Epilepsie chez une cardiaque ou épilepsie cardiaque). C. I. Urechia.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 17. r. 1931.

Problem padaczki sercowej nie jest dotychczas rozwiązany; liczba przypadków, ogłoszonych dotąd jest niezbyt liczna a tłumaczenie ich wątpliwe, co skłania autora do podania poniższego przypadku.

Chora, lat 39, w dzieciństwie przebywała różyczkę, a później kilkakrotne zapalenie migdałków z wysoką gorączką. Perjody wystąpiły późno, były nie regularne i skąpe. Chora jest matką trojga dzieci i dotychczas czuła się zupełnie zdrową. Dopiero od dwuch lat odczuwa duszność po fizycznych wysiłkach a pod wieczór występują nawet lekkie obrzęki na dolnych kończynach. Po dwuch latach trwania tych objawów wystąpił w nocy napad padaczki, stwierdzony przez męża chorej. Po napadzie pojawiły się bóle głowy i uczucie zmęczenia. W pół roku później wystąpił drugi napad a ponadto wrażliwość chorej się wzmogła, wystąpiło drżenie dolnej szczęki i od czasu do czasu pojawiają się zwiastuny napadu padaczkowego pod postacią parestezji w okolicy serca oraz halucynacje świadome. Badanie wykazuje pewne objawy zwyrodnienia, bladość śluzówek, lekkie powiększenie tarczycy; w sercu stwierdza się typowe zwężenie lewego ujścia żylnego, które ma istnieć od dzieciństwa. Tętno jest niekiedy nierównomierne, inne narządy wewnętrzne bez zwian. z wyjątkiem nieco powiększonych migdałków. Od czasu do czasu pojawiają się objawy Chwostka i Wejssa, jednakowoż bez hypocalcaemji. Równowaga kwasowo-zasadowa jest zachowana, płyn mózgowo-rdzeniowy, dno oka i mocz bez zmian; ciśnienie krwi $^{15}/_{8}$; Wa krwi i płynu ujemny. W czasie obserwacji wystąpił raz napad tachycardji znacznego stopnia a następnej nocy wystąpił napad padaczki. Elektrokardiogram w pierwszem odprowadzeniu wykazał czasowo dodatkową falę między P. a T.

U tej chorej zatem, dotkniętej wadą serca, w ostatnim okresie czasu niewyrównaną, występowały zrzadka napady zupełnie typowej padaczki a nadto można było stwierdzić poronną tężyczkę, raz zaś napad tachycardii i extrasystolii. Wszelkie badania w celu wykrycia przyczyny padaczki pozostały bez skutku. Wbrew zdaniu *Huchard'a,* który w tych przypadkach uważa sprawę sercową i padaczkę za choroby od siebie niezależne, autor sądzi, że chodzi tu o padaczkę sercową. Jako tłumaczenie powstawania padaczki należy przyjąć, że napadowe zaburzenia krążenia, wywołane występowaniem częstoskurczu w sercu, dotkniętem wadą są przyczyną niedokrwienia mózgu a to z kolei wywołuje padaczkę u chorej, dotkniętej niewątpliwie predyspozycją do spasmofilji.

Śmiertelny przypadek ciężkiej hemofilji. (Sur un cas mortel de grande hémophilie). K. Achard, M. Bariéty, G. Desbuquois i Cachera.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 17. r. 1931

Zastosowanie przetaczania krwi w przypadkach hemofilji zmieniło na korzyść jej rokowanie do tego stopnia, że *P. E. Weil* twierdzi, iż żaden chory na hemofilję nie powinien w przyszłości umierać. Zdarzają się jednak przypadki tak ciężkie, jak niżej opisany, w którym mimo kilkakrotnych przetaczań krwi, nastąpiła śmierć.

Chory lat 16-tu cierpiał już od dzieciństwa na hemofilję. Jeden z jego braci zmarł na krwiomocz wskutek hemofilji, drugi brat chorego jest zdrów; wywiady rodzinne nie wykazały więcej przypadków hemofilji.

Chory poraz pierwszy zgłosił się do kliniki z powodu wylewu krwawego do kolanowego stawu. Badania fizykalne, jakoteż badanie moczu nie wykazało żadnych zmian. Badanie krwi wykazało niedokrewność (3,720,000), oraz znaczną mononukleozę, przy prawidłowej ilości białych ciałek. Czas krwawienia wynosił 20 minut, objaw opaskowy dodatni, czas krzepnienia 5 godzin. W tym przypadku zatem hemofilja była powikłana równoczesną hemogenją. Chorego leczono zapomocą podskórnych wstrzykiwań surowicy przeciwbłonicznej, 20 ccm, co drugi dzień. Po trzech tygodniach leczenia wystąpił obfity krwiomocz, który pod wpływem chlorku wapnia per os, oraz surowicy przeciwbłonicznej podskórnie ustąpił. Po pewnym czasie wystąpiły objawy pokrzywki, jako wyraz anafilaksji. U chorego rozpoczęto leczenie odczulające względem surowicy przeciwbłonicznej, które musiano jednak przerwać wobec wypisania się chorego z kliniki na własne żądanie. W chwili wypisania żadnych krwiotoków nie było, czas krwawienia wynosił 7 godzin. Ilość wapnia we krwi prawidłowa.

Po pięciu miesiącach chorego przywieziono w bardzo ciężkim stanie, z powodu silnego i uporczywego krwiotoku z małej rany na lewym łokciu. Ciepłota ciała była podwyższona. Czas krwawie-

nia wynosił 3 i ½ minuty, czas krzepienia 10 godzin, znaczna niedokrwistość (2,120,000 ciałek czerwonych i 60% hemeglobiny), nadto leukocytoza neutrofilna. Choremu wstrzyknięto natychmiast podskórnie 30 ccm surowicy przeciwbłonicznej, po uprzedniem odczuleniu zapomocą metody Besredki. Ponieważ do następnego dnia krwiotok nie ustąpił, przeto niewielka ta rana została opatrzona przez chirurga. Mimo to krwiotok trwał nadal, ciepłota ciała wynosiła 39,8°, a stan chorego wydawał się beznadziejny. Dopiero w tym czasie rodzina zgodziła się na przetaczanie krwi, a za krwiodawcę ofiarował się starszy, zdrowy brat. Dokonano przetoczenia 300 ccm krwi; w ciągu następnych paru godzin krwiotok ustąpił, lecz w nocy ponowił się. Następnego dnia przetoczono ponownie 300 ccm krwi, a po upływie dalszych 4 dni przetoczono 350 ccm. Po paru dniach ciepłota ciała opadła do stanu prawidłowego a rana prawie, że się zagoiła. W trzy tygodnie później gorączka znowu się pojawiła, prawdopodobnie wskutektek bardzo niewielkiej ilości ropy w prawie zagojonej ranie. Mimo chirurgicznego opatrzenia rany i kilkakrotnych przetaczań krwi (w sumie 1 litr) chory zmarł, z powodu obfitych krwotoków z omawianej rany.

Autorowie podkreślają, że niezwykle ciężki obraz hemofilji był wywołany powikłaniem zespołu hemogenicznego. Z tej też przyczyny surowica przeciwbłoniczna nie dała tak świetnych rezultatów, jak to zazwyczaj bywa, Także z powodu hemogenji wystąpiły objawy anafilaktyczne. Następnie autorowie zastanawiają się dlaczego przetaczanie krwi, które dało tak świetne wyniki z początku leczenia, pozostało zupełnie bezskuteczne pod koniec życia chorego. Jako tłumaczenie podają powstanie t. zw. hemotrypsji. Pod tą nazwą *Chevalier* (w r. 1924) a następnie *Clerc* a później *P. E. Weil*, rozumieją szczególny stan krwiotoczny, występujący zwłaszcza w hemogenji. Stan ten charakteryzuje się krwiotokami, niedającemi się zahamować i powstaje po upływie dłuższego lub krótszego czasu wylęgania, a wywołany jest przez wystąpienie pierwszego krwiotoku.

Leczenie krwiopluć gruźliczych. (Traitement des hémoptysies tuberculeuses). G. Caussade i A. Tardieu.

Revue de méd. Nr. 4. r. 1931.

W leczeniu krwiopluć i płucnych krwiotoków gruźliczych należy pamiętać, że zależą one zawsze od uszkodzenia naczynia rozmaitej wielkości i to bez względu na postać anatomiczną i kliniczną gruźlicy.

Jeżeli chodzi o pęknięcie tętniaka Rasmussena, patogeneza krwioplucia jest jasna. Natomiast istnieją różne zapatrywania w odniesieniu do krwioplucia w innych przypadkach. Autorowie podkreślają, że w niniejszym artykule nie dotykają zupełnie sprawy krwawego zabarwienia plwociny w obrzęku płuc, natomiast starają się wykazać, że w gruźlicy wszystkie krwioplucia i krwiotoki polegają tylko na pęknięciu lub przedarciu ściany naczyń krwionośnych. Szczególniej zaś sądzą, że samo przekrwienie, jako takie, nie daje krwioplucia. Autorowie przytaczają dowody z patologji ogólnej, że nie spotykamy krwiotoków przy najsilniejszym nawet obrzęku i przekrwieniu śluzowej błony nosa, chyba że nastąpi przedarcie naczyń. Podobnie też i w obrzęku płuc, gdy ciśnienie krwi i przekrwienie w płucach dochodzi do znacznego stopnia, nie spotykamy krwioplucia, co najwyżej tylko lekkie podbarwienie plwociny. Dawni anatomo-patologowie przyjmowali istnienie krwawienia, jako proces zwykłej transsudacji poprzez ściany naczyń włosowatych. W istocie rzeczy żadne warunki krążeniowe, ani też uszkodzenia naczyń, poza ich przedarciem, nie dają krwiotoków, w prawdziwem słowa tego znaczeniu.

Badania *Pissavy'ego* i *Saidmann'a* na płucach świeżo zabitych owiec wykazały, że wzmożenie ciśnienia w krążeniu płucnem, przekraczające dziesięciokrotnie ciśnienie prawidłowe, nie daje ani przedarcia naczyń, ani przesiękania poprzez ich ściany. Ponieważ zaś żaden stan patologiczny nie doprowadza do dziesięciokrotnego zwiększenia ciśnienia, przeto należy przyjąć, że samo wzmożenie ciśnienia nie może doprowadzić do krwiotoków. Natomiast autorowie ci wykazali, że płuca owcze, poddane procesowi pośmiertnego rozkładu w przeciągu 24 godzin, wykazują naczynia, ulegające łatwo przedarciu pod wpływem ciśnienia wewnątrz nich przekraczającego niespełna czterokrotnie ciśnienie prawidłowe.

Badania anatomo-patologiczne wykazują, że w gruźlicy włóknistej tkanka włóknista jest bogato unaczyniona, przyczem te naczynia są przeważnie uszkodzone, bądźto przez proces serowacenia, bądź też przez sam proces włóknisty (prace *Saidmann'a* z pracowni *Letulle'a)*. Zmiany naczyniowe i bogate ukrwienie w częściach marskich płuc wykazał także M. P. *Weil*. Ciekawe pod tym względem obrazy anatomo-patologiczne przedstawia i sam *Letulle* oraz inni badacze.

Autorowie poruszają także sprawę krwiopluć w przebiegu zwężenia ujścia żylnego lewego. Te krwioplucia zauważył, jako jeden z pierwszych, Trousseau, który je odnosił do przekrwienia płuc i wzmożonego ciśnienia w krążeniu małem. Badania ostatniej doby, przeprowadzone między innymi także i przez autorów, wykazują, że w powyższem cierpieniu, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, gruźlica płuc może istnieć, a co zatem idzie, wywoływać krwiotoki. Wiadomo też, że w zwężeniu lewego ujścia żylnego mamy do czynienia ze zmianami (miażdżycowemi), w tętnicy płucnej i jej rozgałęzieniach, które mogą usposabiać do pękania naczyń i do krwiotoków.

L e c z e n i e.

Wobec jednolitej, według autorów, patogenezy krwiopluć gruźliczych, autorowie dzielą je jedynie na postaci lekkie i ciężkie.

A. Leczenie postaci lekkich.

Nawet w postaciach lekkiego krwioplucia wskazany jest zupełny spokój chorego, t. j. leżenie w łóżku, w pozycji siedzącej. Odżywienie powinno być płynne, lekko strawne, o letniej ciepłocie i w małych dawkach; należy unikać zimnych płynów. Dla uśmierzenia kaszlu i podniecenia psychicznego autorowie stosują małe dawki morfiny, dawane dwa do trzech razy i nie przekraczające dobowej dawki 2 ctgr. Autorowie nie podzielają obaw, wypowiadanych co do szkodliwości morfiny, która znosząc kaszel i upośledzając oddychanie, może się przyczyniać do zalegania krwi i wydzieliny w oskrzelach. Doświadczenie kliniczne temu zaprzecza a ewentualnie rozszerzanie się

sprawy chorobowej po krwiotokach jest wywołane samym procesem chorobowym, a nie rozrostem drobnoustrojów i prątków gruźliczych przez zaleganie w drogach oddechowych. Aby obniżyć ciśnienie i zmniejszyć dopływ krwi do płuc, *Guinard* zaleca wdychiwanie amylum nitrosum. Autorowie polecają roztwór trinitryny (np. R. extr. thebaici 0.20 + sol. alcool. trinitrini 1 : 100... XXX gt. + Aq. dest. 10.0 MDS. XV. kropli w łyżce wody. Po 2 godzinach można powtórzy).

B. Leczenie obfitych krwiotoków ciągłych i przerywanych.

1. Jednym z najdzielniejszych środków, hamujących płucne krwiotoki jest ucisk płuca, wywołany zapomocą odmy sztucznej. Ten sposób leczenia nieraz jest jednak trudny albo i wprost niemożliwy do przeprowadzenia, ze względu na częstą niemożność ustalenia, które płuco krwawi, następnie ,ze względu na obecność zrostów, nieprzerywanego kaszlu i t. p.

2. Z innych leków stosuje się środki rozszerzające naczynia, a zatem obniżające ciśnienie krwi. Obok amylum nitrosum, względnie trinitryny, o czem była mowa wyżej, często stosujemy emetynę. Zdania co do działania emetyny są bardzo podzielone, zdolność wzmagania krzepliwości krwi, przypisywana emetynie, zdaje się być bardzo wątpliwą. W doświadczeniach, obniżenie obwodowego ciśnienia krwi występuje dopiero po dawkach większych a wywołane jest nie tylko przez rozszerzenie naczyń krwionośnych, ale także i przez wpływ emetyny na serce w kierunku osłabienia pracy serca. Obniżenie ciśnienia krwi w krążeniu małem występuje w doświadczeniu nie stale i tylko po dużych dawkach. Zbierając, autorowie sądzą, że działanie tych środków może wprawdzie, przez rozszerzenie naczyń obwodowych, zmniejszyć dopływ krwi do serca prawego i do krążenia małego, działanie to jednak niewątpliwie nie wystarcza do zatrzymania ciężkich krwiotoków płucnych .

3. Z leków, zwiększających krzepliwość krwi, należy przedewszystkiem wymienić wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej, który w roku 1913. *Rist* wprowadził do lecznictwa krwiotoków płucnych. Wstrzykiwania powinny być dożylne, w odpowiedniem rozcieńczeniu, wstrzykiwać należy bardzo wolno, w przeciągu 5-ciu minut. Nie należy stosować wyciągów z całej przysadki mózgowej, gdyż te wywołują objawy wstrząsu. W razie potrzeby można z całą ostrożnością ponawiać wstrzykiwania tego leku. Poza wstrzykiwaniami wyciągu tylnego płatu przysadki mózgowej, można zalecić wstrzykiwania surowicy Dufour'a i Le Hello. Jest to surowica królicza, pobrana w okresie biernej anafilaksji tego zwierzęcia. Surowica ta znajduje się w handlu pod nazwą: anthema. W zastosowaniu, dla uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego, należy wstrzyknąć choremu 1 do 2 ccm podskórnie, a dopiero po upływie 6-ciu do 10-ciu godzin, należy wprowadzić podskórnie całą dawkę leczniczą, t. j. 10 do 30 ccm. Stosowanie przysadki mózgowej nie przedstawia przeciwwskazania do stosowania powyższej surowicy, przeciwnie nawet, w ciężkich przypadkach, oba te leki należy równocześnie stosować. Inne środki, wzmagające krzepliwość krwi, jak chlorek wapnia i pektyna, posiadają daleko mniejsze znaczenie.

Na końcu swej pracy autorowie zwracają uwagę na niezbyt obfite krwiotoki gruźlicze, dochodzące czasem zaledwie do kilku ccm, które w ciągu paru godzin, lub nawet krócej mogą spowodować śmierć. Te przypadki na szczęście są bardzo rzadkie, a przyczyna śmierci jest niewyjaśniona, być może, że wywołuje ją nagłe osłabienie serca. Leczenie polega jedynie na wspomaganiu krążenia, przyczem chory powinien pozostawać w pozycji leżącej.

Wreszcie autorowie podają parę uwag na temat krwiotoków, występujących w czasie odmy sztucznej.

Przyczyny tych krwiotoków mogą być wielorakie. Krwawić może płuco nieuciśnięte, wskutek nagłego przemieszczenia dużej masy krwi i równoczesnego procesu chorobowego; może też jednak krwawić i płuco uciśnięte, wskutek przedarcia, nawet nieznacznego, zrostu opłucnowego dub skutkiem zbyt brutalnie wykonanego zabiegu albo też znacznej ruchomości i podatności śródpiersia i t. p. W leczeniu krwiotoków występujących z płuca nieuciśniętego należy przedewszystkiem zaprzestać dalszego zakładania odmy sztucznej. W razie krwiotoków z powodu przedarcia zrostu opłucnowego. leczenie odmą można nadal stosować, lecz bardzo ostrożnie, po dokładnem badaniu rentgenologicznem, nakłuwając w innem miejscu klatkę piersiową i wpuszczając tylko niewielkie ilości gazu. W razie krwiotoków, wywołanych zbyt dużem ciśnieniem gazu w jamie opłucnej lub też zbyt szybkiem wchłanianiem się gazu, należy w pierwszym wypadku zastosować zupełny spokój chorego, pozostawiając odme; w drugim zaś należy odmę dopełnić. O ile krwiotoki występują skutkiem zbytniej ruchomości śródpiersia i skręcenia dużych pni żylnych, wówczas należy wypuścić nieco gazu pod kontrolą promieni Roentgena i należy odmę stosować z całą ostrożnością. W przypadkach odmy opłucnowej, w których krwioplucia bardzo często się powtarzają, musimy uwzględnić szereg różnych przyczyn. Np. należy zaprzestać zakładania odmy tam, gdzie krwiotoki powstają wskutek pękania kruchych naczyń krwionośnych w gruźlicy włóknistej. Natomiast można zachować leczenie odmą, o ile krwiotoki występują u osobników z nadciśnieniem żylnem, z powiększeniem serca prawego i powiększeniem wątroby; w tych przypadkach jednak należy nadto stosować środki sercowe, moczopędne i upusty krwi. W przypadkach uporczywych krwiotoków trzeba też myśleć o skazie krwiotocznej i w razie jej stwierdzenia, uwzględnić ten czynnik patogenetyczny.

W razie płucnych krwiotoków po wyrwaniu nerwu przeponowego, obok leczenia środkami wewnętrznymi, można ewentualnie stosować odmę opłucnową, której skuteczność autorowie poddają w wątpliwość.

Rozdzielenie etjologicznego zespołu alkoholizmu i kiły w rozpoznaniu pewnych hepatomegalji. (Dissociation du complexe étiologique alcoolisme et syphilis dans le déterminisme de certaines hépatomégalies). M. Creyx.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 16. r. 1931.

Autor podkreśla niezbędność dokładnych wywiadów i badań dodatkowych w przypadkach hepatomegalji, nawet wówczas gdy obraz chorobo-

wy wydaje się zupełnie jasny. Na dowód powyższego autor przytacza historje choroby chorej lat 51, która zgłosiła się z powodu zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, krwiotoków z nosa, krwiotoków macicznych oraz krwawych wybroczyn na skórze. Dokładne wywiady pozwoliły na stwierdzenie istnienia alkoholizmu. Badanie fizykalne wykazało zabarwienie skóry prawidłowe (oprócz wybroczyn, wywołanych nieznacznymi urazami), narząd oddechowy i krążenia bez zmian, brzuch wysklepiony, wątroba bardzo duża, śledziona niepowiększona, brak wodobrzusza i krążenia ubocznego, brak obrzęków, powiększeń gruczołów i t. p. W moczu ze składników patogenetycznych tylko ślad urobiliny. We krwi niedokrewność (3,360,000 krwinek, 80% hemoglobiny i względna limfocytoza), czas krwawienia 2 i ½ minuty, czas krzepnienia 26 minut.

Wpowyższym przypadku obraz chorobowy odpowiadał zupełnie marskości wątroby przerostowej typu *Hanot i Gilbert'a*. Mimo to u chorej dokonano prowokacji zapomocą wstrzyknięcia 2 ctgr benzoesanu rtęci, poczem odczyn Bordet-Wassermanna we krwi wystąpił wybitnie dodatnio. Odpowiednie leczenie przeciwkiłowe sprowadziło znaczne polepszenie ogólne stanu zdrowia a wątroba zmniejszyła się prawie do normalnego stanu. W powyższym przypadku, mimo wszelkie pozory sprawy chorobowej na tle alkoholizmu, etjologicznie,, na plan pierwszy wybija się zakażenie kiłowe. *Z. Gorecki.*

CHIRURGJA

Wskazówki lecznicze w przypadkach przewlekłego zapalenia stawów typu „Les arthrites". (Orientations thérapeutiques dans le rhumatisme chronique, Les arthrites). Coste, Forestier i Lacapère.

La Presse Méd. Nr. 35, maj 1931 r.

Autorowie dzielą wszystkie przypadki tak zwanego przewlekłego gośćca stawowego (nazwa niewłaściwa i kwalifikująca się do zupełnego zarzucenia) na dwie zasadnicze grupy: a) grupę zapalną (arthrites) i b) grupę zwyrodnieniową (arthroses), opartą w swej etjologji na czynnikach zużycia, zestarzenia się, czynnikach odżywczych.

W pracy niniejszej uwzględniają autorowie wyłącznie leczenie przypadków grupy pierwszej, zapalnej (arthrites).

W okresie zaostrzenia. W pierwszym rzędzie należy zwrócić uwagę na ewentualne ogólne tło zakaźne (kiła, rzeżączka, gruźlica, ostry gościec stawowy) i na przypuszczalny punkt wyjścia zakażenia, jak migdałki, próchnicowe zęby, zakażone zatoki kości twarzy, przewód pokarmowy i moczowy i t. p.

Co do schorzenia samych stawów, to na pierwszem miejscu należy postawić pewne środki natury ogólnej, jak środki ogólnie wzmacniające i przeciwko niedokrwistości, szczepienia lecznicze, proteinoterapję, środki chemiczne i, wreszcie, wyciągi z gruczołów dokrewnych (tarczyca, przytarczyce i jajniki).

I. Szczepionki i proteinoterapja. Stosowanie szczepionek wywiera działanie swoiste, uodporniające wyłącznie w tych przypadkach, w których udało się stwierdzić tożsamość drobnoustrojów, które wywołały dane schorzenie stawów, z drobnoustrojami, zawartemi w szczepionce. We wszystkich innych przypadkach działanie szczepionek polega prawie wyłącznie na proteinoterapji. W przypadkach o etjologji gruźliczej dodatnie wyniki spostrzegano po stosowaniu różnego rodzaju wyciągów z prątków Kocha (antigène méthylique, allergine Jousset'a, tuberkulina), często kosztem silnego odczynu miejscowego i ogólnego. W zapaleniu stawów rzeżączkowem szczególnie dobre wyniki daje wstrzykiwanie szczepionek do samych ognisk chorobowych (stawów), lub też w miejscu wrót pierwotnego zakażenia ustroju. Zresztą autorowie otrzymywali bardzo dobre wyniki i po stosowaniu podskórnem szczepionek. Naogół można powiedzieć, że w rzeżączce stawów wynik leczniczy za-

stosowania szczepionek swoistych jest w prostym stosunku do nasilenia odczynu miejscowego i ogólnego.

Proteinoterapja (la thérapeutique de choc, Reiztherapie), znajduje bardzo r o z l e g ł e zastosowanie w przewlekłych zapaleniach stawów, a pewną trudność może tutaj stanowić tylko w y b ó r z całego szeregu zalecanych i reklamowanych preparatów takiego, któryby w swem działaniu nie okazał się ani zbyt mocnym, ani zbyt słabym. Do zakresu proteinoterapji odnieśćby należało również stosowanie doskórne kutiwakcyny Ponndorfa (tuberkulina z wyciągiem prątków Kocha i innych drobnoustrojów chorobotwórczych), po której widywano w dużej odsetce znaczną poprawę, aż do wyleczenia wogóle, bez względu zresztą na etjologję cierpienia. Szczepionka Ponndorfa jest p r z e c i w s k a z a n a w przypadkach gruźlicy płuc aktualnej lub zagojonej.

II. Ś r o d k i c h e m i c z n e. Poza leczeniem swoistem przeciwkiłowem (sulfarsenol), w przypadkach kiły nabytej i wrodzonej, inne środki natury chemicznej są tutaj mniej pewne w swem działaniu; stosuje się: metale w stanie kolloidalnym (srebro, złoto), urotropinę, salol, salicylan sodu, trypaflawinę i gonakrynę (w rzeżączce), jod, siarkę.

III. W y c i ą g i g r u c z o ł o w e. Stosowanie wyciągów z tarczycy, przytarczyc i jajników może liczyć na wyniki wyraźne tylko w tych przypadkach, w których ma miejsce rzeczywiście niedomoga powyższych gruczołów wewnętrznego wydzielania. Ale i w tych przypadkach na pierwszem miejscu postawić należy stosowanie szczepionek i proteinoterapję.

IV. L e c z e n i e m i e j s c o w e. Poza wstrzykiwaniem do chorych stawów szczepionek i różnych środków chemicznych (lipjodol, roztwór pepsyny, allokryzyna i inne), należy zwrócić uwagę na niezbyt długie unieruchomienie stawów, zmienionych zapalnie, i wczesne ich uruchamianie, ze względu na dużą tendencję do zesztywnienia. Ze środków fizykalnych znaczną poprawę przynoszą — stosowanie ciepła (okłady, gorące promienie, diatermja) i naświetlania rentgenowskie.

W okresie przycichania procesu zapalnego w stawach. W stanach c a ł k o w i t e j i t r w a ł e j remisji wskazane będzie wyłącznie stosowanie środków fizykalnych (elektryzacja mięśni, jonizacja, heljoterapja, kąpiele siarkowe) i mechanoterapja. W razie zupełnego wygaśnięcia w stawach procesu zapalnego (klinicznie i biologicznie) wszelkie leczenie szczepionkami, środkami chemicznemi i proteinoterapja stają się zbędne.

Wyniki najnowszych doświadczeń nad zmianami chemicznemi płynów tkankowych w przebiegu ostrej niedrożności jelit. (Le syndrome humoral de l'occlusion intestinale - nouvelle étude expérimentale). G o s s e t, B i n e t, C o d o u n i s i P e t i t - D u t a i l l i s.

La Presse Méd. Nr. 47, czerwiec 1931.

Na zejście śmiertelne wskutek ostrej niedrożności jelitowej składają się zasadniczo dwa czynniki: 1) s t e r k o r e m j a to jest zatrucie ustroju treścią jelitową, która zostaje wchłonięta przez z m i e n i o n y drobnowidzowo nabłonek śluzówki (w warunkach prawidłowych dla treści tej, w jej postaci trującej, nieprzepuszczalny) — objawy sterkoremji występują na pierwszy plan w niedrożnościach o n i s k i e m umiejscowieniu; i 2) s p a d e k s t ę ż e n i a c h l o r k ó w we k r w i, wywołany przez uporczywe wymioty i zaleganie treści jelitowej, powyżej przeszkody — właściwy, niedrożnościom, umiejscowionym wysoko. Jasnem jest przeto, że wstrzykiwanie dożylne w celach leczniczych stężonych (10—20%) roztworów chlorku sodu największe swoje działanie okaże w przypadkach wysokiej niedrożności, jakkolwiek z korzyścią będzie i w przypadkach niedrożności o niskiem umiejscowieniu.

W pracy niniejszej autorowie zajmują się wynikami doświadczeń na psach, u których wywołano sztucznie mechaniczną niedrożność jelitową i następnie przeprowadzono rozbiór chemiczny surowicy krwi, mający na celu określenie ilościowe zawartości chloru, sodu, azotu bezbiałkowego, białek i tłuszczu.

Okazało się, że zawartość c h l o r u w surowicy we wszystkich przypadkach (przeszkoda mechaniczna w odległości 15 — 118 cm od odźwiernika) spadła znacznie, z 4,8 — 3,5 g na 2,8 — 2 g. S ó d w tym samym czasie obniża się również, ale w znacznie mniejszym stopniu tak, że stosunek Na: Cl zmienia się wyraźnie na korzyść sodu. Równolegle do spadku chloru w surowicy wzrasta stężenie a z o t u b e z b i a ł k o w e g o, a mianowicie do 1,40 — 2,40 g na litr (norma = 0,39); w przypadkach maksymalnego obniżenia zawartości chloru w surowicy znajdujemy największe liczby dla stężenia azotu bezbiałkowego. Zawartość b i a ł k a i t ł u s z c z u w surowicy wzrasta również, przyczem z białek największy przyrost osiągają globuliny.

Poziom c u k r u podnosi się także, ale nieznacznie.

Wszystkie zmiany powyższe w składzie chemicznym surowicy krwi nasilają się w miarę pogarszania się stanu ogólnego i cofają się względnie ustępują zupełnie — w razie przywrócenia prawidłowej drożności przewodu pokarmowego.

Mechanizm powstawania żółtaczki w niedrożnościach mechanicznych przewodu żółciowego wspólnego. (Le mécanisme de l'ictère dans l'obstruction du canal cholédoque). C h a b r o l, M a x i m i n i B u s s o n.

La Presse Méd. Nr. 48, czerwiec 1931.

Wostatnich latach różni autorowie *(Haberland, Garnier i Prieur)*, zaczęli występować przeciwko dawnej teorji, że do wywołania żółtaczki, wystarcza zatkanie względnie podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego, twierdząc ze swej strony, że główną przyczyną żółtaczki bywa tutaj z a k a ż e n i e d r ó g ż ó ł c i o w y c h. Na poparcie swojej tezy przytaczają fakty doświadczalne i kliniczne. Po podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego żółtaczka u kotów rozwija się bardzo rzadko, u świnek morskich — bardzo późno, u psów zaś — niestale. W przypadku kamicy przewodu wspólnego w 5—20% wszystkich przypadków żółtaczki nie bywa wcale pomimo to, że kamienie zdawałoby się całkowicie zamykają światło przewodu. „Podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego sprowadza tylko niewielką i

przejściową hyperbilirubinemję, bez żółtaczki; żółtaczka zjawia się dopiero wówczas, gdy do tego czynnika mechanicznego przyłączy się czynnik zakaźno-toksyczny...".

Autorowie pracy niniejszej, w celu wyjaśnienia powyższego zagadnienia przeprowadzili szereg doświadczeń na psach, polegających na podwiązaniu w warunkach jałowych jednocześnie i przewodu żółciowego wspólnego, i pęcherzykowego — dla wyłączenia pęcherzyka żółciowego.

We wnioskach swych ostatecznych przechylają się zdecydowanie na stronę dawnej czysto mechanicznej teorji powstawania żółtaczki w przebiegu zatkania przewodu wspólnego, a wbrew poglądom, przypisującym tutaj główną rolę zakażeniu.

Po operacji podwiązania przewodu wspólnego i pęcherzykowego u szeregu psów badano następnie co godzinę krew tętniczą na zawartość bilirubiny, i okazało się, że hyperbilirubinemja występuje bardzo wcześnie, bo już w końcu pierwszej godziny, i nasila się stopniowo w ciągu następnych godzin. W innej serji doświadczeń tego rodzaju, w celu wyjaśnienia dalszych następstw podwiązania przewodu wspólnego, badano krew i mocz co dwa, a następnie co 4 dni. Po dwunastu godzinach od operacji zawartość bilirubiny w litrze krwi wynosiła 0,025 grama, po 24 godzinach — 0,1 grama, po 2 dniach — 0,2 grama (ujawnia się żółtaczka), po 3 dniach — 0,4 grama, po 8 dniach — 0,5 grama na litr krwi.

Jasnem jest przeto, że żółtaczka w przebiegu niedrożności przewodu wspólnego jest wywołana przedewszystkiem przez czynnik natury mechanicznej, gdyż już w pierwszych godzinach hyperbilirubinemja osiąga znaczną liczbę, to jest w czasie, kiedy zakażenie bezwzględnie nie mogło się jeszcze rozwinąć. Jakkolwiek trzeba przyznać, że w dalszym przebiegu choroby czynnik zakaźnotoksyczny i będąca następstwem zatkania przewodu wspólnego niedomoga wątroby w rozwijaniu się i nasilaniu żółtaczki grają rolę niemałą.

Nowsze sposoby leczenia wewnętrznego wrzodów żołądka i dwunastnicy. (Quelques nouveaux traitements des ulcères gastriques). Plichet.

La Presse Méd. Nr. 48, czerwiec 1931.

Niema prawie roku, żeby nie lansowano jakiegoś nowego środka dietetyczno - farmakologicznego, któryby umożliwił wyleczenie wrzodu żołądka lub dwunastnicy bez operacji. Większość tych środków okazuje się bluff'em i świat lekarski szybko przechodzi nad niemi do porządku dziennego. Niektóre z nich, jednakże, zasługują na głębszą uwagę i uwzględnienie w lecznictwie chociażby dlatego, że nie znamy dotychczas środka wewnętrznego, któryby w sposób zupełnie pewny zabezpieczał wyleczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. Do tego ostatniego rodzaju środków należą: 1) dieta Jarowstky'ego (białko jaja kurzego i masło, 2) proteinoterapja, 3) podawanie witamin i 4) leczenie wyciągami z przytarczyc.

I. Stosowane dotychczas szeroko leczenie leżeniem w łóżku, dietą mleczną i podawaniem zasad i środków osłaniających śluzówkę żołądka (bizmut, talk, kaolina i t. p.) ma tak liczne wady, że zostaje naogół zarzucane. Dieta Sippy'ego nawet w Stanach Zjednocz. Am. P. już tylko niewielu liczy zwolenników. Podawanie dużych ilości zasad sprowadza w niektórych przypadkach ciężkie nieraz objawy alkalozy, co zaś do podawania mleka— to jest to pokarm zasadniczo niewłaściwy dla chorych na wrzód żołądka, ponieważ zalega długo w żołądku i wyraźnie zwiększa wydzielanie kwasu i soku żołądkowego; pomijając już to, że u osób wrażliwych wywołuje biegunki lub też uporczywe zaparcia.

Według Jarowstky'ego dieta chorych na wrzód żołądka lub dwunastnicy powinna odpowiadać następującym warunkom: pokarm ma, po względnie krótkim pobycie w żołądku, jak najszybciej przechodzić do dwunastnicy, żeby przez swe zaleganie w żołądku niepobudzać jego śluzówki do wzmożonej produkcji kwasu i soku żołądkowego (co z reguły pociąga za sobą długotrwały skurcz odźwiernikowy); a poza tem powinien być dostatecznie pożywny, żeby chory się nie głodził. Wymaganiom tym odpowiada dieta podana przez Jarowstky'ego, a składająca się z białka kurzego i z masła. Chory dostaje I dnia rano białko 1 jaja kurzego, surowe i niesolone, a popołudniu 20 gramów świeżego masła, następnego dnia — białko 2 jajek i 40 g. masła i t. d. aż 10 dnia — białko 10 jajek i 180 — 200 gr. masła (w paru dawkach). Przez te 10 dni wody powinien chory dostawać jak najmniej. Po 10 dniach zaczyna dostawać zupę z mąki ryżowej, jęczmiennej, dobrze przetarte jarzyny (bez soli) kompoty. Już po paru dniach bóle ustępują zupełnie i samo owrzodzenie szybko się zabliźnia.

II. Proteinoterapję w przypadkach wrzodów żołądka i dwunastnicy stosuje się już od 20 lat z wynikiem naogół zachęcającym, gdyż jakkolwiek nie osiągnięto bezwzględnych dowodów gojenia się pod jej wpływem owrzodzenia, tem nie mniej sprowadza ona tak znaczne i trwałe złagodzenie bólów, że przez to samo zdobyła sobie prawo obywatelstwa w liczbie środków,ogólnie stosowanych we wrzodzie żołądka. Proteinoterapja ta polega na wstrzykiwaniu mleka, nukleinianu sody, kazeozanu, wakcineuriny, autohemoterapji, a nawet na wstrzykiwaniach dożylnych szczepionek durowych i gonokokowych; to ostatnie zresztą uważa autor za dające zbyt silny wstrząs i przez to za niewskazane.

III. Autorowie, którzy uzależniają powstawanie wrzodów żołądkowo - dwunastniczych od braku witamin w ustroju,tłumaczą to w ten sposób, że brak ten powoduje osłabienie ściany żołądka na zakażenie, które jest bezpośrednią przyczyną tworzenia się wrzodu. Autorowie ci zalecają podawanie w tym celu chorym odnośnym soku z pomarańcz i pomidorów, bogatych szczególnie w witaminę C, uodporniającą przeciwko zakażeniom przewodu pokarmowego.

IV. Leczenie wrzodów żołądkowo-dwunastniczych wstrzykiwaniami wyciągów z przytarczyc polega na zwiększaniu tą drogą zawartości wapna w surowicy krwi i oddziałaniu w ten sposób na układ nerwowy roślinny, a zwłaszcza na nerw błędny. Poza tem paratyreoidyna zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego, wzmaga wywędrowywanie ciałek białych krwi z naczyń i wogóle wzmaga ogólną odporność ustroju na wszelkiego rodzaju zakażenie.

Mechanizm chorobotwórczy i leczenie spadku ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego po urazach czaszki. (De l'hypotension du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes du crane). R. Leriche.

La Presse Méd. Nr. 51 czerwiec 1931.

W obrazach klinicznych różnych urazów czaszki uwzględnia się szeroko czynnik ogólnie znany, jakim jest wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednakże o chorobowem obniżeniu tego ciśnienia, które zdarza się po urazach czaszki niewiele rzadziej od jego wzmożenia, pamięta się i myśli zbyt rzadko. Autor na 75 spostrzeganych przez siebie przypadków urazów czaszki w 16% stwierdził (klinicznie i zapomocą manometru Claude'a) wyraźne obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego (poniżej 10), przyczem zastosowanie odpowiedniego leczenia sprowadziło szybką i zupełną poprawę.

Objawy kliniczne tego obniżenia ciśnienia nie są zbyt charakterystyczne: senność (ale nie śpiączka), odurzenie, niechęć do odpowiadania na pytania, obawa przed światłem i hałasem, silny ból i zawroty głowy. Tętno zwolnione lub przyśpieszone, ale niezbyt mocno napięte, oddech — powierzchowny. Nakłócie lędźwiowe daje najwyżej kilka kropel płynu mózgowo-rdzeniowego; nakłúcia powtarzane pogarszają stan chorego. Objawy te przypominają naogół obraz początkowego zapalenia opon mózgowych.

Mechanizm obniżenia ciśnienia mózgowo-rdzeniowego. Pod wpływem urazu czaszki i gwałtownego wstrząsu, jakiemu ulega jej zawartość, następuje odruchowy skurcz tętnic opon i mózgu; skurcz ten zwykle nie trwa długo i bezpośrednio po nim przychodzi czynne rozszerzenie tętnic (mózg i opony są mocno przekrwione), które jest bezpośrednią przyczyną wzrostu ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednakże w pewnych przypadkach ów skurcz tętnic utrzymuje się przez czas dłuższy, pociągając za sobą zmniejszenie się ilości ciśnienia tego płynu.

Wracając jeszcze do przyczyn bezpośrednich tego obniżenia ciśnienia, należy zaznaczyć, że poza skurczem odruchowym tętnic może tu grać rolę również większa utrata płynu mózgowo-rdzeniowego wskutek stałego jego wyciekania przez szczelinę pękniętej kości, lub też przez otwory po nakłuciach lędźwiowych.

Leczenie stanów obniżonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Wstrzykuje się dożylnie 20—40 cm^3 wody destylowanej; jeśli nie nastąpiła szybka poprawa, to należy wkrótce po tem wstrzyknąć dożylnie lub podskórnie 500 — 1000 m^3 roztworu fizjologicznego. Trzeba pamiętać o tem, żeby przez stosowanie środków powyższych nie wzmóc nadmiernie ciśnienia płynu mózgowordzeniowego. Powyższe działanie lecznicze wstrzykiwania dożylnego wody destylowanej nie jest zupełnie jasne, ale pomyślne tego wyniki zostały stwierdzone w bardzo licznych przypadkach, przyczem uderzająca poprawa w stanie chorych występowała w zadziwiająco krótkim czasie.

Uwagi w sprawie rozpoznawania radjologicznego i leczenia przerzutowych nowotworów kości. (Quelques aperçus sur le diagnostic radiographique et le traitement des tumeurs osseuses métastatiques). Mathey-Cornat.

Paris Médical Nr. 24, czerwiec 1931.

Rozpoznawanie przerzutów kostnych nowotworów złośliwych ma szczególne znaczenie w tych przypadkach, w których pierwotne ognisko nowotworowe albo nie jest znane narazie ,albo też w ogólnym obrazie klinicznym ma tylko drugorzędne znaczenie. *P. Delbet* wypowiada następujące uwagi ogólne na temat rozpoznawania tego rodzaju guzów: „Każdy guz trzonu kości długich i guz kostny, którego pierwszym objawem klinicznym jest złamanie samoistne kości, — nasuwają duże podejrzenie w kierunku ich natury przerzutowej. Guzy które się szybko rozsiewają specjalnie w zakresie układu kostnego, bywają bardzo rzadko pierwotnemi mięsakami kości".

Częstość występowania nowotworowych przerzutów kostnych jest znaczna i wzrasta w dalszym ciągu, w miarę dokładniejszego badania rentgenologicznego układu kostnego odnośnych chorych. Najczęstszem umiejscowieniem przerzutów jest kręgosłup (rak sutka, sterczu i tarczycy), następnie idą — żebra, mostek, obojczyk, miednica, kość udowa, kości długie kończyn i inne. Mięsaki kostne dają naogół rzadko przerzuty do innych kości, a przeważającą liczbę wtórnych guzów kostnych stanowią przerzuty raków nabłonkowych i gruczo-

łowych. Największą tendencją tworzenia przerzutów kostnych odznaczają się: r a k s u t k a (daje w 30% przerzuty do kości), r a k s t e r c z u (w 70%), r a k t a r c z y c y (w 40%) i n a d n e r c z a k (w 20% wszystkich przypadków).

Rozpoznanie przerzutu opiera się głównie na zdjęciu rentgenowskiem (promieniami miękkiemi), jakkolwiek odczytywanie kliszy może nastręczać tutaj duże trudności, zwłaszcza jeśli doszło do złamania samoistnego kości w miejscu przerzutu, (przemieszczone i zachodzące na siebie odłamy mogą skrywać rysunek ogniska kostnego). W przypadkach najbardziej typowych obraz rentgenowski przerzutu w kości długiej wygląda następująco: widać jamę w kości okrągłą lub owalną, o brzegach niezbyt ostrych i dnie niejednostajnem, umiejscowioną w trzonie, istota zbita może być ścieńczała lub nawet przerwana, ale w y r a ź n e g o b u j a n i a o k o s t n e g o z wtórnem skostnieniem w pobliżu ogniska n i e b y w a p r a w i e n i g d y. W rzadszych przypadkach przerzuty umiejscawiają się podokostnowo lub w nasadach, ewentualnie — zamiast tworzyć ogniska rozrzedzenia w kości — powodują ogniskowe nadmierne uwapnienia. W kręgosłupie przerzuty umiejscawiają się w trzonach kręgowych, powodując z czasem ich zniszczenie, zapadnięcie się i ucisk na korzonki nerwowe lub sam rdzeń. Pierścienie międzykręgowe nie bywają zajęte. W rozpoznaniu rentgenowskiem r ó ż n i c z k o w e m uwzględniać należy: kilaka, ropień kostny, torbiel kostną, mięsaka kostnego (wykazuje zawsze bujanie okostnowe), szpiczaki (myelomata), postać torbielowatą schorzenia włóknistego kości.

R a k s u t k a daje przerzuty kostne zwykle w ciągu pierwszego roku po operacji, — rzadziej — w ciągu dalszych 2—4 lat; jest to zwykle jego postać włóknista (scirrhus) i daje przerzuty do kości udowych, miednicy, kręgów, żeber, mostka i innych.

R a k s t e r c z u daje przerzuty kostne bardzo wcześnie, czasami przed ujawnieniem się pierwotnego ogniska; ogniska rakowe w miednicy i kręgosłupie wykazują często nadmierne uwapnienie (eburneatio).

W r a k u t a r c z y c y przerzuty kostne bywają nierzadko pierwszym objawem choroby (zwłaszcza w jego postaci o bardziej powolnym przebiegu).

N a d n e r c z a k i dają przerzuty najczęściej do trzonu kości ramieniowych i udowych; ogniska te ujawnić się mogą czasami w 9 lat dopiero po operacji wyjęcia nerki.

Leczenie przerzutów kostnych. Naogół przerzutowe guzy kostne z reguły stanowią pod względem chirurgicznym, noli me tangere; w wyjątkowych tylko przypadkach zachodzą wskazania do odjęcia lub wyłuszczenia w stawie kończyny, ewentualnie można się uciec do odnerwienia tętnicy głównej, przecięcia korzonków tylnych lub też przecięcia nerwu współczulnego w przypadkach uporczywych bólów w przebiegu przerzutów do kręgów. Naświetlania rentgenowskie i radowe są w wynikach swych nierówne i niepewne, jakkolwiek w szeregu przypadków osiągnięto nimi wynik dodatni w postaci uspokojenia bólów, trwającego do 6 miesięcy.

Badania nad anatomją i fizjologją blizny skórnej. (Recherches sur l'anatomie et la physiologie des cicatrices). L e r i c h e i H o w e s.

La Presse Méd. Nr. 53, lipiec 1931.

Blizny skórne odznaczają się, jak wiadomo, dużą różnorodnością, uwzględniając a priori chociażby tylko blizny po ranach jałowych i zaszytych według wszelkich zasad techniki chirurgicznej. Jedne są linijne, ledwo dostrzegalne, inne — gwieździste, wciągnięte, pigmentowane, czasami nadmiernie wystające ponad powierzchnię (bliznowiec), wrażliwe na wpływy atmosferyczne, będące siedliskiem bólów, wreszcie, mogące być punktem wyjścia różnych i nieraz bardzo złożonych odruchów.

Autorowie zbadali makroskopowo, drobnowidzowo, wrażliwość na różne bodźce, podatność ciepłotę, rozciągłość i t. p, blizny skórnej w 96 przypadkach, przyczem były to albo blizny linijne, albo blizny po rozległych ubytkach tkankowych, albo też blizny pośrednie — po ranach zaszytych z pozostawieniem sączków.

B a d a n i e n e u r o l o g i c z n e b l i z n y. Wrażliwość na różne bodźce fizjologiczne i chorobowe zmienia się znacznie w zależności od wielkości blizny. Najmniejsze pod tym względem zaburzenia spotykamy w bliznach linijnych, w których dochodzi najwyżej do niewielkich zaburzeń czucia kształtu, dotykowego i bólu. W bliznach rozległych może dojść do zupełnego zniesienia wszelkiego czucia, za wyjątkiem czucia głębokiego; czasami w środkowej części takiej blizny bywają pola przeczulicy bólowej. Kilkakrotnie spotykano się z bliznami bardzo bolesnemi, reagującemi bólem na najlżejszy bodziec (delikatne dotknięcie) i były to blizny poamputacyjne i blizny w pobliżu nerwiaków (nerwu pośrodkowego i kulszowego).

Co do ciepłoty blizny, to w okresie wczesnym (blizna czerwona) ciepłota bywa zwiększona o 5°C w porównaniu ze skórą otoczenia, w okresie późnym (blizna blada) ciepłota bywa obniżona o 0,5—1°C.

B a d a n i e d r o b n o w i d z o w e b l i z n y. Grubość warstwy naskórka jest zmniejszona, brodawek skórnych niema wcale. W bliznach linijnych conajmniej 4-miesięcznych widuje się rozrzucone między komórkami nabłonkowemi włókna nerwowe bez osłonki myelinowej; włókien tych nie bywa wcale w bliznach średnich i dużych, w których budowa tkankowa ulega znacznemu zaburzeniu. Blizna młoda, różowa jest bogata w fibroblasty i w naczynia krwionośne włosowate; z wiekiem liczba jednych i drugich maleje coraz więcej, a zato wzrasta znacznie liczba włókien klejodajnych; w związku z ubożeniem blizny w naczynia krwionośne, staje się ona blada, anemiczna.

Tkanka włóknista nie zawiera tu w ciągu dwu pierwszych lat wcale włókien elastycznych; włókna te zjawiają się dopiero po tym okresie, i to liczba ich nie dorównywa nigdy liczbie włókien elastycznych w skórze prawidłowej.

Blizna nie zawiera wcale torebek włosowych, gruczołów łojowych, tkanki tłuszczowej ani ciałek dotykowych. Włókna nerwowe amyelinowe przerastają całą bliznę dopiero po 6 miesiącach, w bliznach bolesnych stwierdzono obecność niezwykle dużych ilości włókien nerwowych myelinowych.

W związku ze znaczną ubogością dojrzałej bliz-

ny w naczynia krwionośne stoi jej zmniejszona żywotność i nietrwałość strukturalna; dlatego też tak łatwo dochodzi w rozległych bliznach, stanowiących miejsce zmniejszonej odporności, do owrzodzeń i obumarcia, które mogą być wywołane wtórnie przez niewielkie nawet i przejściowe chociażby zaburzenia w krążeniu.

Brak włókien elastycznych w bliźnie tłumaczy jej niepodatność i kruchość; rozległa blizna skórna łatwo pęka, względnie rozrywa się, pod wpływem stosunkowo niewielkiego urazu.

Na zakończenie dodać należy, że rodzaj blizny zależy w pierwszym rzędzie od charakteru rany i jej leczenia; dlatego też wycinanie brzegów rany przypadkowej i jej szew pierwotny z jednej strony, a pokrywanie wtórne ran ziarninujących przeszczepami skórnemi i naskórkowemi z drugiej — należałoby wykonywać znacznie częściej, niż to się dotychczas praktykuje.

Uwagi w sprawie częstości występowania i trudności rozpoznawczych gruźlicy chirurgicznej. (Quelques remarques sur les tuberculoses chirurgicales, leur fréquence, les difficultés de leur diagnostic). Sorrel, Bufnoir i Fumet.
La Presse Méd. N 38, maj 1931.

Autorowie we wnioskach swoich opierają się na 10-letnim materjale klinicznym (1920 — 1930) l'Hôpital Maritime de Berck, na który składają się — 7259 przypadków gruźlicy chirurgicznej, z czego 5203 przypadki gruźlicy kostno-stawowej. Co do częstości umiejscowienia procesu chorobowego w układzie kostnym, na pierwszem miejscu postawić należy kręgosłup, a następnie staw biodrowy, kolanowy, łokciowy i t. d. Jeśli chodzi o wiek, to u dzieci gruźlica kostna zaczyna się najczęściej między 2 i 4 rokiem życia, u dorosłych — między 18 a 25 rokiem życia, przyczem wśród tych ostatnich w dużej liczbie przypadków właściwy początek cierpienia należy odnieść do okresu dzieciństwa.

Wieloogniskowość procesu swoistego jest naogół właściwością wieku dziecięcego, np. połączenie gruźlicy kości płaskich i krótkich z gruźlicą paliczków (spina ventosa) i gruczołów chłonnych; ale zdarza się i w wieku dorosłym, np. gruźlica kręgosłupa i stawu biodrowego.

Śmiertelność w przypadkach gruźlicy kostnostawowej wynosiła 8,9% (8% wśród dorosłych, 9% wśród dzieci), przyczyną śmierci było przerzucenie się procesu swoistego na narządy wewnętrzne, zwykle opony mózgowe. Nie zauważono wcale, żeby zabieg operacyjny u tego rodzaju chorych przyczyniał się do zwiększenia częstości występowania zapalenia gruźliczego opon mózgowych.

W rozpoznawaniu ogromną usługę oddaje rentgenografja, a zwłaszcza zdjęcia po wpuszczeniu do przetoki lipjodolu i zdjęcia stereoskopowe; umożliwia ona odróżnienie gruźlicy kostno-stawowej z jednej strony — od gruźlicy przystawowej, z drugiej zaś — od takich przypadków jak kiła kostnostawowa wrodzona i nabyta, osteo-chondro-dystrophia, biodro szpotawe, różne postacie osteo-chondritis (np. choroba Legg-Perthes-Calvé, Koehlera i inne), mięsaki kostne, raki kręgów pierwotne i pozornie pierwotne i różne zaburzenia rozwojowe kręgosłupa.

Odróżnienie raka kręgów od gruźlicy bywa czasami niesłychanie trudne, nawet przy dłuższej obserwacji chorego; z drugiej strony — rak kręgosłupa, a przynajmniej te jego postacie rzeczywiście i pozornie pierwotne, są bez porównania częstsze, niżby się zdawało. Autorowie spostrzegali mężczyznę 38-letniego do szpitala z rozpoznaniem choroby Potta o umiejscowieniu szyjnem. Objawy chorobowe datują się od kilku lat. Obecnie przedstawia objawy ucisku rdzenia i korzonków części szyjnej z porażeniem spastycznem kończyn górnych i wiotkiem — kończyn dolnych. Zdjęcie rentgenowskie wykazało ubytki trzonu kręgu szyjnego V i sąsiedniego krążka międzykręgowego, coby przemawiało za procesem gruźliczym. Po roku, w czasie którego objawy to nasilały się, to przycichały, a stan ogólny chorego ciągle był dobry, w bocznych częściach szyi zaczął wyrastać guz, który narazie uważano za ropień opadowy i nakłuto. Wydobyto tylko krew. Wkrótce po tem objawy zniszczenia kręgu zaczęły się szybko nasilać, a zdjęcie rentgenowskie tym razem pokazało miejscowo obraz typowy dla raka kręgu i cały szereg przerzutów do płuc. W parę tygodni potem chory zmarł.

Uwagi w sprawie leczenia gruźlicy kostno-stawowej, poparte danemi statystycznemi ze szpitala l'Hôpital Maritime de Berck za okres czasu 1920 — 1930. (Quelques remarques sur les tuberculoses chirurgicales. Evolutions des idées sur leur traitement pendant la dernière dècade d'après la statistique de l'hôpital Maritime de Berck). Sorrel, Bufnoir i Fumet.
La Presse Méd. Nr. 40, maj 1931.

Omówiwszy w swej poprzedniej pracy rozpoznawanie i częstość występowania różnych postaci gruźlicy kostno-stawowej, autorowie zajmują się obecnie wynikami leczenia operacyjnego odnośnych przypadków. Wszystkich przypadków spostrzegano 5203, w nich w 27% zastosowano leczenie operacyjne, przyczem wśród dzieci odsetka leczenia operacyjnego wynosiła 19%, wśród dorosłych — 43%. U dzieci leczenie ogólne (aero - helio — i thalassoterapja) w połączeniu z leczeniem ortopedycznem w olbrzymiej większości przypadków wystarcza do wyleczenia (klinicznego) gruźlicy kostno-stawowej. Inaczej jest u dorosłych, u których środki te naogół nie wystarczają, przebieg choroby jest długotrwały i ciężki, a do wygojenia się anatomicznego ogniska gruźliczego nie dochodzi prawie nigdy. Jeśli w wyżej przytoczonej statystyce l'Hôpital Maritime de Berck 57% chorych dorosłych pomimo to uniknęło zabiegu operacyjnego, to zależało to przeważnie od różnych przeciwskazań do operacji (późny wiek, zły stan ogólny, wieloogniskowość procesu gruźliczego) i braku zgody na nią, ze strony chorych.

W pewnej liczbie przypadków próbowano leczenia chemicznego — metodą Jacobsona, Finikowa (jodyna w oliwie i wapno) — jednakże bez wyraźnych wyników. Przebieg choroby u 32 chorych, leczonych wdg. Finikowa, nie różnił się niczem od przebiegu u innych chorych zupełnie analogicznych, u których tego leczenia nie stosowano.

To samo mniej więcej, można powiedzieć o stosowaniu odpowiednich szczepionek i surowic w przebiegu gruźlicy kostno-stawowej.

Przechodząc teraz do samej techniki zabiegów operacyjnych, to zabiegi te możnaby podzielić na następujące trzy grupy: 1) sączkowanie

jam kostnych i usuwanie martwaków, 2) wycięcie stawów (resectio), 3) odjęcia kończyn i wyłuszczenia w stawach, i wreszcie 4) operacje usztywniające (Albee, artrodezy stawu biodrowego).

Pierwsza grupa należy do zabiegów ogólnie uznanych, do których wskazania nie nasuwają żadnych wątpliwości. W odniesieniu do gruźlicy stępu należy zaznaczyć, że w przypadkach zamkniętych (bez przetok) wycięcie kości napiętkowej uważa się za metodę z wyboru, w przypadkach zaś otwartych wycięcie jej zabezpiecza rozległe sączkowanie stawu skokowego i przyśpiesza wygojenie się ogniska chorobowego. Po wycięciu kości napiętkowej w 53 przypadkach bez przetok u dzieci, w 31 — otrzymano wynik bardzo dobry, w 5 — dobry, w pozostałych 17 przypadków wynik nie jest znany. U dorosłych wykonano zabieg ten w 43 przypadkach, w 21 — wynik był dobry, a w pozostałych — brak poprawy lub zaszła konieczność odjęcia kończyny.

Druga grupa. Wycięcie stawu dotyczyło najczęściej stawu kolanowego. Na 120 rezekcyj stawu kolanowego u dorosłych z powodu gruźlicy w 107 przypadkach wynik otrzymano bardzo dobry, w 8— potrzebne były w następstwie małe poprawki (przetoki), ale ostateczny wynik był również dobry. Wycięcie stawu barkowego wykonano w 21 przypadkach — wyniki nieco gorsze od poprzednich. To samo, mniej więcej, można powiedzieć o rezekcji stawu łokciowego (49 przypadków) i napięstkowego (28 przypadków).

Operacji usztywniających kręgosłup (Albee) wykonano 272 (z tego 268 u dorosłych), co wyniosło 37% wszystkich przypadków gruźlicy kręgosłupa u dorosłych; w pozostałych 63% operacji zaniechano wyłącznie ze względu na przeciwskazania do niej, jak: zły stan ogólny, gruźlica czynna narządów wewnętrznych, obecność licznych ognisk gruźliczych, niskie ciśnienie krwi, wiek późny, duży garb, porażenie kończyn dolnych. W przypadkach operowanych wyniki osiągnięte były bardzo dobre w 60%, dobre — w 20%. Śmiertelność pooperacyjna poniżej 1%.

Pozatem wykonywano usztywnienie stawu biodrowego, sposobem wewnętrznym i zewnętrznym, z wynikiem naogół dobrym. Na zakończenie zaznaczyć należy z naciskiem, że pomyślny wynik operacji w przypadkach gruźlicy kostno-stawowej zależy w dużym stopniu od uwzględnienia wskazań operacyjnych i wyboru odpowiedniego momentu do zabiegu — nie może to być ani okres początkowy cierpienia, ani okres pełnego rozwoju; ognisko gruźlicze musi być odpowiednio „dojrzałe“ do zabiegu, to jest muszą się już zacząć w nim uprzednio procesy wytwórcze, procesy gojenia się.

Postacie anatomiczne i sposoby operowania ropni mózgowych pochodzenia usznego. (Les règles du traitement chirurgical de l‘abscès cérébral d‘origine otique). Piquet.

La Presse Méd. Nr. 40, maj 1931.

Istnieje duża rozbieżność w poglądach na stosowanie tych czy innych metod operowania ropni mózgowych wogóle; dotyczy to również i ropni mózgowych pochodzenia usznego. Naogół można powiedzieć, że wybór tego lub innego sposobu operacyjnego zależy od postaci anatomo-patologicznej danego ropnia. W związku z tem nasuwają się tu następujące pytania: 1) Kiedy operować? 2) Jaką drogę należy wybrać dla dotarcia do ogniska mózgowego? Jak należy sączkować jamę ropnia

Panuje zupełna zgoda co do tego, że z chwilą ustalenia rozpoznania ropnia mózgowego należy operować i ropień ów otworzyć. Jednakże istnieją stany chorobowe mózgu i opon — jak obrzęk tkanki mózgowej, zapalenie surowicze opon; rozlane nieropne zapalenie tkanki mózgowej, które klinicznie mogą maskować do pewnego stopnia ropień mózgu pochodzenia usznego, dając objawy ucisku mózgu, tem nie mniej — ze względu na brak sformowanego ogniska ropnego w tkance mózgowej — należy się tu ograniczyć do wydłutowania wyrostka sutkowatego z przyległościami, po którem w ogromnej liczbie przypadków powyższe objawy rzekomego ropnia mózgowego ustępują bez śladu. Z chwilą zlikwidowania ogniska zakaźnego w kości tem samem ustępują i wtórne objawy ze strony mózgu i opon; w pewnych nielicznych tylko przypadkach objawy te utrzymują się w dalszym ciągu i dochodzi do wytworzenia się ropnia, co daje tem samem wskazanie do drugiego zabiegu — nacięcia ściany ropnia mózgowego.

Z chwilą ustalenia rozpoznania ropnia mózgu pochodzenia usznego, wyłania się sprawa operacyjnego dostępu doń — czy iść przez ognisko zapalne w kości (masteideotomia), czy też poza niem, przez łuskę kości skroniowej. Ten pierwszy sposób przedstawia — w przeciwieństwie do drugiego — bardzo liczne korzyści: umożliwia odrazu opanowanie pierwotnego ogniska kostnego, bezpośrednią ocenę zmian miejscowych ze strony opon (ewent. ropień podoponowy), ze strony zatok żylnych (zakrzepy), pozwala na opróżnienie ropnia w miejscu, gdzie powierzchnia mózgu jest przyklejona prawie zawsze do opon, co zabezpiecza przed przedostaniem się zakażenia do przestrzeni międzyoponowych, i wreszcie, umożliwia próbne nakłucie móżdżku w poszukiwaniu ewentualnego ropnia.

Co się tyczy sposobów sączkowania jamy ropnia, to wszelkie sączki gumowe należy, zdaniem autora, odrzucić i sączkować albo wąskiemi paskami gazy, albo wogóle nic nie zakładać i tylko przy opatrunku na tępo rozsuwać brzegi rany mózgowej i wypuszczać zbierający się w głębi płyn ropiasty.

Powikłania pooperacyjne w ropniach mózgu pochodzenia usznego. W pewnej, niemałej zresztą, liczbie przypadków opróżnienie ropnia nie prowadzi do wygojenia, a wówczas chory jest narażony na następujące dwa powikłania, doprowadzające do śmierci: ucisk mózgu i zakażenie opon mózgowych. Ucisk mózgu (najczęstsza przyczyna śmierci tego rodzaju chorych) bywa wywołany przez ciągle wzrastające objętościowo ropnie mnogie, lub też rozległe i rozlane zapalenie tkanki mózgowej ze znacznem jej obrzmieniem. O ile ropnie mnogie można jeszcze operować i starać się je opróżnić, to wobec rozlanego zapalenia mózgu chirurg jest zupełnie bezradny.

Z rozważań powyższych nasuwają się następujące wskazówki praktyczne. Przy braku wyraźnych objawów ropnia mózgu umiejscowionego; należy się ograniczyć do zlikwidowania ogniska kostnego i zrewidowania miejscowego opon; tkanki mózgowej lepiej nie nakłuwać. Ewentualnie można zastosować w celach leczniczych dodatkowo nakłucia lędźwiowe. W przypadkach, przebiegających z gorączką, po usunięciu ogniska kostnego można nakłuć w temże miejscu mózg i — w razie stwierdzenia obecności wyraźnego płynu ropiastego — naciąć oponę i ścianę ropnia i sączkować go.

Tam, gdzie objawy ropnia mózgu są od samego początku zupełnie wyraźne, metodą z wyboru będzie dotarcie doń poprzez ognisko zapalne w kości skroniowej i sączkowanie jak wyżej. Podobnie należy postąpić w przypadkach, w których na pierwszy plan obrazu klinicznego wysuwają się objawy zapalenia opon mózgowych i zatok żylnych.

„Lumbalizacja" pierwszego kręgu krzyżowego, jej obraz kliniczny i anatomo-patologiczny i jej leczenie. (La lombalisation douloureuse). Mouchet.

La Presse Méd. Nr. 43, maj 1931.

Jak wiadomo, między poszczególnemi odcinkami kręgosłupa kręgi graniczne mogą przyjmować charakter, czyli upodabniać się do kręgów wyżej lub niżej leżących. I tak VII krąg szyjny może upodobniać się do I piersiowego — przy nadmiernym przeroście wyrostków poprzecznych, tworzących wówczas tak zwane żebra szyjne. Rzadziej bywa odwrotnie — I krąg piersiowy upodabnia się do VII piersiowego i traci swoje żebra prawidłowe. Na granicy między częścią lędźwiową i krzyżową kręgosłupa podobnie — albo V krąg lędźwiowy upodabnia się do I krzyżowego, wchodząc jakby w skład kości krzyżowej, która liczy wówczas 6 kręgów (zjawisko często spotykane), albo też I krąg krzyżowy nabiera wyglądu i charakteru ostatniego kręgu lędźwiowego, tracąc poniekąd swój ścisły związek anatomiczny z kością krzyżową. Te ostatnie przypadki są rzadsze nieco od poprzednich. Owa „lumbalizacja" jest uważana za cechę wsteczną, regresyjną i polega na pewnem oddzieleniu się od kości krzyżowej tej jej części, która odpowiada I kręgowi krzyżowemu; przyczem ów VI kręg lędźwiowy przedstawia różne nieprawidłowości, jak np. oddzielenie łuku tylnego od trzonu, i nosi charakter jakby szczątkowy.

Powyższe zmiany anatomiczne mają duże znaczenie praktyczne, gdyż są źródłem różnych chorobowych zaburzeń czynnościowych (bóle). Sakralizacja V kręgu lędźwiowego daje bóle neuralgiczne wskutek ucisku nieprawidłowych ognisk zwapnienia na korzonki nerwowe. Lumbalizacja zaś I kręgu krzyżowego daje podobne objawy, uwarunkowane tutaj przez asymetrję boczną lub przednio-tylną kręgu zmienionego, co sprowadza nieprawidłowe rozłożenie ciśnienia i sił pociągających danej części kręgosłupa. Jeśli np. ów kręg upodobniony jest wyższy zprzodu niż ztyłu, wówczas odcinki kręgosłupa powyżej i poniżej niego tworzą pewien kąt, otwarty do przodu, a kręg zniekształcony ma tendencję zsunięcia się do przodu w kierunku wejścia do małej miednicy. Stan ten jest uważany za pierwszy stopień rozwoju kręgozmyku (spondylolisthesis), a szereg autorów sądzi, że w każdym przypadku kręgozmyku mamy do czynienia z lumbalizacją I okręgu krzyżowego.

Obraz kliniczny. Jakkolwiek powyższe zmiany anatomiczne są wrodzone, to dolegliwości występują znacznie później — momentem wywołującym są tu pewne powtarzające się nadwyrężania tej mniej sprawnej części kręgosłupa, lub też jednorazowy uraz, jak np. jakiś forsowny wysiłek mięśniowy. Występują silne bóle tej okolicy, szerzące się, które z czasem słabną ale utrzymują się stale. Postawę tego rodzaju chorych cechuje umiarkowana lordoza lędźwiowa z charakterystycznem zapadnięciem się linji wyrostków kolczystych powyżej kości krzyżowej; okolica ta jest bolesna przy ucisku, ruchy tej części kręgosłupa są wyraźnie ograniczone, zwłaszcza zginanie do przodu, które jest przytem bolesne. Chód bywa naogół prawidłowy, ale bieg jest utrudniony, to samo — schodzenie ze schodów. Rozpoznanie potwierdza się zdjęciem rentgenowskiem, które zawsze powinno obejmować cały kręgosłup, od części szyjnej do krzyżowej, gdyż tylko wtedy możemy z całą pewnością ustalić, czy mamy do czynienia z lumbalizacją kręgu krzyżowego, czy z sakralizacją kręgu lędźwiowego.

Rokowanie co do zdrowia jest niezbyt pomyślne. Leczenie jest trudne. Pewną poprawę daje unikanie zmęczenia, dłuższego chodzenia i stania, noszenie niskich obcasów, dłuższe leżenie nawznak z uniesionemi kolanami, wreszcie, noszenie odpowiedniego pasa ortopedycznego, który odpycha część lędźwiową kręgosłupa ku tyłowi, a kość krzyżową — ku przodowi. Najlepsze jednakże wyniki i naogół trwałe daje usztywnienie kręgosłupa zapomocą operacji Albee'ego.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Pyelografja po injekcji dożylnej urosélectanu. (La pyélographie après injection intraveineuse d'urosélectan). Becker P. de.

Journ. belge Radiol. 19, 73, 1930.

Autor przedstawia szereg rentgenogramów uzyskanych po dożylnem wprowadzeniu uroselektanu i dochodzi do wniosku, że metoda ta winna być szeroko przyjęta i stosowana przedewszystkiem. Pyelografia klasyczna po wprowadzeniu płynu kontrastowego poprzez ceweczki moczowodowe ma znaczenie dopełniające i winna znajdować zastosowanie w przypadkach, gdzie uroselektan byłby przeciwwskazany z jakichkolwiek bądź przyczyn, lub nie dałby wystarczająco pewnych wyników.

Leczenie pęknięć ropniaków jajowodu do wolnej otrzewnej. (Le traitement des ruptures de pyosalpinx en péritoine libre). Quénu J. et G. P. Costandulaki.

Bull. méd. r. 1930, cz. II, str. 713.

Natychmiast po ustaleniu rozpoznania należy drenować jamę brzuszną lepiej przez brzuch, gdyż

daje lepszy dostęp do miejsca schorzenia; w przypadkach bardzo ciężkich wypadnie ograniczyć się do nacięcia sklepienia pochwy i wypuszczenia ropy tą drogą. Sposób znieczulenia, oczywista, zależy od wielkości zamierzonego zabiegu i od stanu chorej.

Podczas samej operacji w początku nie należy układać chorej w położeniu Trendelenburga. Uczynić to można dopiero po dokładnem zabezpieczeniu górnej części jamy otrzewnowej za pomocą kompresów. Ostateczny plan operacyjny zależy również od stanu, jaki operator znajdzie w jamie brzusznej i od stanu ogólnego pacjentki.

Leczenie uporczywych zapaleń jajowodów, niepoddających się djatermji i innym sposobom leczenia, zapomocą promieni pozaczerwonych z powodu 4 przypadków wyleczonych. (Traitement par les rayons infra — rouges des salpingites rebelles à la diathermie et aux autres traitement; a propos de 4 cas gueris). Rousseau P. et P. Ryer.

Presse méd. r. 1930, cz. II, str. 1307.

Przyznając djatermji pierwszorzędne znaczenie w leczeniu przewlekłych zapaleń przydatków macicy, autor stwierdza, że są przypadki tego schodzenia, które się ani djatermji, ani innym metodom leczenia konserwatywnego nie poddają. Dla tych to przypadków poleca autor naświetlanie promieniami pod (poza) czerwonemi, z aparatu Waltera, z odległości 20—50 cm., po 30—45 min., co drugi dzień w ilości 20—30 naświetlań; leczenie to zastosował w 4 przyp., których opis wraz z dokładnym przebiegiem choroby podaje w artykule.

Działanie omawianego sposobu leczenia fizykalnego nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione w swym mechanizmie; prawdopodobnie jednak obok ciepła działają tu czynniki chemiczno-fizyczne i zmiana w stanie koloidalnym naświetlanych tkanek.

Odmiany operacji Lefort'a, zamknięcia pochwy. (Modifications au procédé de cloisonnement vaginal de Lefort). Dutaillis Paul.

La Gynécol. T. XXX, Nr. 3, r. 1931, str. 152.

Autor proponuje odmianę techniki operacji Lefort'a tego rodzaju, aby zamiast jednego ciągłego płata z przedniej i tylnej ściany pochwy wycinać kolejno dwa, tak, aby zeszycie obu ścian odbywało się piętrowo.

Z kolei autor przeszedł do następnej odmiany techniki, polegającej na niewycinaniu oddzielonych płatków śluzówki pochwy, lecz na zbliżaniu ich powierzchniami okrwawionemi do siebie, oprócz zbliżania powierzchni pęcherzowej do odbytniczej. Dla wykonania tego autor odpreparowuje płatek z trzech stron, pozostawiając nienaruszoną podstawę od góry, a szwy łączące przeprowadza tak przez brzeg, jak podstawę płatka.

Na zakończenie wreszcie zabiegu P.-D. radzi zawsze wykonać wydatną plastykę krocza, aby zbliżywszy mięśnie krocza wytworzyć trzecie piętro tkankowej podpory wypadających narządów rodnych.

Zabieg Schauta-Wertheim'a (Interpositio uteri vesico-vaginalis), autor odrzuca jako zbyt gwałtownie zmieniający stosunki anatomiczne w miednicy małej.

Rozszerzone wycięcie macicy w leczeniu raka szyjki macicy. (Technika profes. Villard'a). (De l'hystérectomie élargie dans le cancer du col utérin. (Technique de M. le Professeur Villard). Labry R.

Lyon chirur. T. 27, str. 445, 1930.

Zadaniem techniki profesora Villard'a jest zmniejszenie do minimum możliwości zakażenia w czasie operacji. W tym celu przed operacją pacjentki są b. dokładnie przygotowane przez czas dłuższy, i gruntownie zbadane. Na 6—8 dni dostają one codzień irrygacje z płynem przeciwgnilnym (Labarraque'a albo Tormez'a). Kauteryzacji guza przed operacją nie wykonywuje się. Różnice w technice od oryginalnej operacji Wertheima są nieznaczne; odpreparowanie pęcherza odbywa się później, podwiązanie kikutów załatwia się po odcięciu pochwy; brzegów pochwy nie obszywa się; w czasie kiedy pochwa jest otwarta, leży w niej aspirator, wyciągający ewentualnie zakażoną wydzielinę; sączek zakłada się przez pochwę, worka Mikulicza Villard nie stosuje. Śmiertelność pierwotna pooperacyjna wynosi na 70 osób — 5 zmarłych (co stanowi 7,14%).

W sprawie zrakowacenia kikuta szyjki macicy po nadpochwowem odcięciu tej ostatniej. (La question de la cancerisation du moignon cervical après hysterectomie subtotale). Pinsan, J. R.

Rev. Franç. Gynec. T. 25, Nr. 11, str. 688, r. 1930.

Na zasadzie 5 obserwowanych przez się przypadków i na zasadzie piśmiennictwa autor dochodzi do następujących wniosków w sprawie poruszonej w tytule:

częstość zrakowacenia kikuta szyjki po nadpochwowem odcięciu wynosi najwyżej 1%;

stosunkowo najczęściej niewiadomo dlaczego powikłanie to występuje w przypadkach, w których usuwano macicę nadpochwowo z powodu mięśniaków;

wycięcie śluzówki szyjki z pozostawionego kikuta nie wpływa, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, na zabezpieczenie przed następowem zrakowaceniem.

Wyżej wymienione uwagi bynajmniej nie powinny wpływać na ograniczenie dotychczasowego zakresu zastosowania nadpochwowego odcięcia macicy.

W przypadkach zrakowacenia kikuta szyjki macicy należy leczniczo stosować promienie Rentgena lub radu; operacja zazwyczaj jest albo bardzo trudna, albo niemożliwa.

Wyniki leczenia raka szyjki przeważnie radem w ciągu ostatnich 7 lat. (Résultats du traitement du cancer du col principalement par le radium, dans les sept derniéres années). Pouey E.

Gynécologie, T. XXX. Nr. 3, str. 140, r. 1931.

Ogólna ilość leczonych chorych wynosiła 217. Z tego 86 kobiet żyje, a 40 z nich uważać można za wyleczone przynajmniej od lat 3.

Nie jest to coprawda termin ogólnie uznany za dowód wyleczenia, ale praktycznie biorąc wiadomo, że chore, które wytrzymały bez nawrotu przez 3 lata w większości przypadków są istotnie wyleczone.

Ściśle biorąc upłynęło od czasu leczenia:

u 9 chorych — 3 lata, u 13 — 4 lata, u 6—5 lat, u 9 „ 6 lat, u 3 — 7 lat.

Technika leczenia polegała na wprowadzeniu do wnętrza macicy rurki z radem, osłoniętym filtrem 1 mm. platyny plus 1 mm. gumy, i do pochwy — 2 rurek z radem, osłonietym filtrem 2 mm. platyny plus 2 mm. gumy. Dawka ogólna podawana w ciągu tygodnia wynosiła zazwyczaj 50 mcd. (milicurie-détrits). Stosowanie lamp radowych z zewnątrz zawiodły pokładane weń nadzieje. Przygotowanie chorych polegać winno na oczyszczeniu owrzodzenia rakowego czy to chlorkiem cynku, czy kauteryzacją cieplną, czy elektrokoagulacją, ewentualnie na usunięciu nadmiernie dużych kalafiorów łyżeczką czy też nożyczkami. Badania wewnętrznego chorych przed leczeniem należy unikać, względnie wykonywać je b. ostrożnie. W czasie stosowania radu w macicy i pochwie obowiązują opatrunki co drugi dzień.

Na zakończenie autor podaje opis przebiegu leczenia u pacjentek wyleczonych dłużej, jak od 5 lat.

Diatermja Ginekologiczna, jako cenny środek pomocniczy w leczeniu radem nowotworów macicy i pochwy. (La diathermie gynécologique, moyen auxiliaire précieux de la curiethérapie utéro-vaginale). Gentil F.

Bull. Assoc. Franç. Etude Canc. T. 19, str. 510, 1930.

Po leczeniu radem raka części pochwowej i pochwy występuje szereg mniej lub więcej przykrych dolegliwości, jak to: przejściowe bóle brzucha, lekkie podrażnienie pęcherza i odbytnicy, niewielkie parcie na kiszki i biegunka; a po pewnym czasie występuje zmniejszona rozciągliwość pochwy, jej zwężenie, stwardnienie więzadeł krzyżowo-macicznych i przymacicznych.

Aby uniknąć wymienionych wyżej powikłań autor radzi stosować diatermję, poczynając już od 8-go dnia po skończonem stosowaniu radu, przyczem zaczyna on od temper. 38° elektrody wewnątrzpochwowej (aparat „Thermoflux“, — termometr Dr. Benda'y); z biegiem czasu temperaturę tę podnosi się do 40°C. Leczenie polega na serji 12 nagrzewań 20-o minutowych, stosowanych co 2-gi dzień. Na tej drodze uzyskano na 45 pacjentek bardzo dobre wyniki u 42. Stan ogólny pacjentek szybko poprawiał się, bóle znikały, parcie na stolec i mocz nie występowało, upławy zmniejszały się lub znikały i pochwa tak przy oglądaniu, jak przy wymacywaniu, przedstawia się zupełnie prawidłowo.

Nieco gorsze wyniki uzyskiwano w przypadkach raka daleko posuniętego.

Fizjoterapja zapaleń przydatków. (Le traitement physiotherapique des salpingo-ovarites). Dausset H., Chenilleau A.

Rev. d'Actinol. T. 6, str. 252, 1930 r.

W szpitalu Hôtel Dieu w Paryżu stosuje się w leczeniu zapalnych stanów przydatków następujące metody:

1) gorąca woda w irrygacjach, z ciśnieniem lub bez, lawatywy według Reclus'a, natryski brzucha, mające na celu przekrwienie jego powłok;

2) promienie pozaczerwone często stosowane zewnętrznie, lub do pochwy (Gynocalor Ackermann'a);

3) elektryczność w postaci diatermji, koagulacji diatermicznej, prądu galwanicznego, promieni Rentgena;

4) światło — lampa łukowa;

5) masaż ginekologiczny.

Zwracać należy uwagę w leczeniu przedewszystkiem na długie trwanie (do 3 godz.) i częstość (codzień) seansów i na rozmaitość środków leczniczych.

Chętnie stosuje autor t. zw. „La cure de Luxeuil“, t. j. przestrzykiwanie pochwy kanką a double courant 100 litrami wody o temp. o 40—45°.

Można też irrygację tę połączyć z gorącą kąpielą (met. Alquier). Po irrygacji chora dostaje natrysk miejscowy o temp. 45° i ogólny o temp. 38°. Prąd galwaniczny daje znakomite zmniejszenie bolesności w zapaleniach jajowodów; elektroda ujemna zanurzona jest w rozczynie natr. salicyl., elektrody dodatnie kładzie się na brzuch i krzyż.

Leczenie rentgenologiczne świądu, zapomocą naświetlań układu nerwowego współczulnego. (Traitement par la radiothérapie fonctionelle sympathique des prurits vulvaires). Gouin J., et A. Bienvenue.

Bull. Soc. Radiol. méd. France, 18, str. 428, r. 1930.

Swiąd sromu, nie wywołany przez przyczyny zewnętrzne, (owsiki, upławy gonokokowe lub ciężarnych i t. d.), lecz związany przyczynowo, czy to ze stanem neuropatycznym, czy z zaburzeniami trawienia, czy z dysfunkcją jajników leczy się dobrze pod wpływem jednorazowego naświetlania okolicy nerwu trzewiowego (n. splanchnicus). Na wynik leczenia nie wpływa, czy swiąd powstał dawno czy też jest świeżym schorzeniem, czy jednocześnie mamy do czynienia z wypryskiem czy nie, natomiast ma znaczenie moment, w którym rozpoczęto naświetlanie, a mianowicie najlepiej naświetlić chorą na 8—10 dni przed początkiem spodziewanej miesiączki. Poprawa przychodzi po kilkodniowym pogorszeniu objawów. W kilku przypadkach autor widywał nawroty choroby, stosował wówczas z powodzeniem znowu to samo leczenie. Lekarstw nie stosowano żadnych.

Leczenie chirurgiczne porażeń położniczych. (Le traitement chirurgical de la paralysie obstétricale). Lauwers M. E.

J. de Chir. T. 36, str. 161, r. 1930.

Autor rozróżnia 3 typy porodowego porażenia ramienia: 1) częściowe górne porażenie zwojowe: dotyczy ono C5 i C6; mięśnie porażone: deltoideus, biceps, brachialis internus i supinator longus; zaburzenia czucia na przedniej i zewnętrznej powierzchni przedramienia od łokcia do dłoni. Przy typie Duchenne-Erbe dołącza się porażenie mięśni supraspinatus i infraspinatus.

2) Częściowe porażenie dolne zwojowe dotyczy C7, C8, D1; mięśnie porażone: interossei, zginacze palców, mięśnie palucha i małego palca, zaburzenia czucia występują na dłoni i zewnętrznej powierzchni ramienia.

3) Całkowite porażenie zwoju; porażeniu ulega

cała ręka, zaburzeniom czucia dłoń, przedramię i zewnętrzna powierzchnia ramienia.

Pochodzenie porażenia porodowego leży zazwyczaj w nieostrożnych manipulacjach z rękami płodu przy porodzie. Anatomicznie stwierdza się uszkodzenie od naciągnięcia aż do całkowitego rozerwania nerwów.

Leczenie u noworodka polega na unieruchomieniu kończyny górnej w abdukcji pod kątem prostym w stawie ramieniowym, w zgięciu w stawie łokciowym, pronacji dłoni i przedramienia. Pod takim opatrunkiem zrasta się ewentualne oddzielenie nasady kostnej po 2—3 tygodniach, a przy porażeniu przeszkadza się wytworzeniu się przykurczów. Dalsze leczenie elektrycznością, ortopedyczne lub operacyjne.

Topografja i mechanizm bolów ciążowych i połogowych. (La topographie et le mecanisme des douleurs de la gestation et du post-partum). A b u r e l E.

C. r. Soc. Biol. Paris, T. 105, str. 759, r. 1930.

Wiele kobiet w ciąży i w połogu cierpi na bóle umiejscowione w okolicy kości krzyżowej, w udach i w dole brzucha. Okazało się, że nerwy okolicy lędźwiowej i górnej części ud, bolesnych w ciąży i w połogu wchodzą do rdzenia w tych samych odcinkach, co nerwy idące od macicy.

Autor rozpatruje i odrzuca uznawane dotychczas hypotezy objaśniające, omawiane bóle, a mianowicie: 1) ucisk na splot nerwowy, 2) odwapnienie kości łonowych, 3) zakażenie.

Autor przypuszcza, że bóle we wspomnianych okolicach zależą od podrażnenia idącego od macicy, powiększonej nadmiernie, i że powstają one wówczas kiedy podrażnienie to przekroczy próg świadomości.

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w połogu. (Appendicite aiguë de suites de couches). M a r m a s s e J e a n.

Presse méd. 1930, II, str. 1122.

Autor opisuje 2 przypadki ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego we wczesnym połogu. Obydwa przypadki leczono operacyjnie z dobrym wynikiem.

Autor przypomina zdanie Brindeau, który poleca traktować zapalenie wyrostka robaczkowego w ciąży tak samo, jak poza ciążą, poprostu tak, jakby ciąży nie było.

Leczenie operacyjne niskiego usadowienia łożyska. (Traitement chirurgical des accidents de l'insertion basse du placenta). T u r e n n e.

Gynéc. et. Obstétr. T. 22, str. 289, r. 1930.

Na 26.000 porodów przyszło do krwawienia z powodu niskiego usadowienia łożyska w 74 przyp. co stanowi 2,8‰. Śmiertelność matek wyniosła 4,1% (3 przyp.); śmiertelność dzieci 61,1% (48 dzieci).

Wszystkie 3 przypadki śmierci matek odnoszą się do grupy 67 przyp. leczonych metodami klasycznemi, w pozostałych 7 przyp. zastosowano cięcie cesarskie z dobrym wynikiem. To też autor poleca tę ostatnią operację, jako metodę wyboru dla większości przypadków, oddając starym metodom postępowania jedynie te, w których ujście zewnętrznie jest już całkowicie rozwarte, i warunki pozwalają na natychmiastowe ukończenie porodu.

Wpływ przebicia pęcherza płodowego na przebieg porodu. (Influence de la rupture artificielle de la poche des eaux sur l'evolution de l'accouchement). L a H a y e P i e r r e.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 25, str. 659, r. 1930.

Szkoła Strasburska, która oddawna pod wpływem swego założyciela prof. Schikelè'go była teoretycznie stronniczką przebicia pęcherza płodowego w czasie I okresu porodu, poczęła od końca r. 1927 stosować je systematycznie, w każdym porodzie w położeniu podłużnem, żądając jedynie, jako warunku, zamknięcia części pochwowej i rozwarcia ujścia zewnętrznego przynajmniej na palec. Podstawą teoretyczną tego postępowania jest przekonanie o zupełnej zbędności wód przodujących, skoro rozwarcie ujścia wewnętrznego i zewnętrznego macicy jest skutkiem działalności czynnej podłużnych włókien mięsnych macicy, nie zaś biernego poddawania się ujścia sile klina, za jaki uważają niektórzy autorowie wody przodujące, otoczone pęcherzem. To też głównym czynnikiem rozwierania się ujścia są skurcze macicy, pęcherz płodowy zaś ma rolę dodatkową.

a) Przebicie pęcherza płodowego zmniejszając objętość macicy na skutek częściowego odpływu wód płodowych, wpływa zazwyczaj na wzmocnienie bólów porodowych, które w najlepszym wypadku stają się dłuższe i występują częściej.

b) Rozwarcie ujścia zewnętrznego zazwyczaj postępuje szybciej po przebiciu pęcherza płodowego i poród kończy się niekiedy w zdumiewająco szybkim czasie. Dzieje się to jednak nie zawsze: niekiedy następuje chwilowe spadnięcie ujścia zewnętrznego, które było rozciągnięte niejako na napiętym pęcherzu płodowym, teraz straciło swą podporę, aż do czasu, kiedy zesuwająca się w dół część przodująca zajmie miejsce pęcherza płodowego; druga możliwość — to czynne obkurczenie się ujścia zewnętrznego, będące skutkiem przewagi mięśni okrężnych szyji. Spazm ten szyji zwalczyć się daje z powodzeniem przez podanie podskórne środka przeciwskurczowego, przedewszystkiem spasmalgine — Roche.

W niektórych rzadkich przypadkach obkurczenie szyji jest skutkiem normalnego napięcia mięśni okrężnych, szyji, ale zbyt słabej czynności mięśni podłużnych trzonu. W tych przypadkach wchodziłyby w grę środki wzmacniające bóle porodowe.

Stosowanie środków przeciwskurczowych w przypadkach spastycznego obkurczenia szyji (czynnego) winno być dość wczesne, aby nie dopuścić do wytworzenia się następnego obrzęku brzegów ujścia, ustępującego zazwyczaj dopiero po jego nacięciu.

c) Wreszcie i na ustalenie się części przodującej wpływa przebicie wód płodowych korzystnie, oczywista — o ile istnieje możliwość przejścia główki, jako części przodującej, przez miednicę małą. Zwłaszcza przy główce ruchomej nad wchodem wytwarza się w wodach przodujących na sku-

tek komunikacji z wodami następowemi siła, przeciwdziałająca postępowi główki, brak zaś postępu uniemożliwia całkowite oddzielenie wód przodujących od następowych, stąd „circulus viciosus", który rozwiązać należy przebiciem pęcherza płodowego. Oczywista wykonywać należy to ostrożnie, regulując gwałtowność odpływu wód płodowych i przeciwdziałając możliwemu wypadnięciu części drobnych, przedewszystkiem pępowiny. Ta ostatnia wypada zaledwie w 0,52% przypadków.

Przystępując do rozpatrzenia zarzutów przeciw omawianej metodzie postępowania położniczego pamiętać należy, że dotychczas podnoszone zarzuty opierały się na obserwowaniu porodów z samoistnym przedwczesnym odpływem wód płodowych w przypadkach, już z innych powodów, patologicznych porodów.

Obserwacje autora opierają się na materjale przeciętnym, a więc przeważnie fizjologicznym w ilości 1557 porodów.

Rozpatrując kolejno zarzuty stawiane tej metodzie, jako to: niebezpieczeństwo wypadnięcia pępowiny, konieczność częstego rozwiązywania rodzącej operacyjnie, niebezpieczeństwo dla płodu, niebezpieczeństwo zakażenia — autor odrzuca je jeden za drugim, przytaczając niezmiernie dokładną statystykę porównawczą przypadków, w których nie przebito pęcherza płodowego i takich, w których tego dokonano.

Odsetek powikłań jest taki sam, względnie nieco większy w grupie porodów bez przebicia pęcherza płodowego, niż w grupie prowadzonej według zaleceń szkoły strasburskiej.

Szczegóły i obserwacje przeczytać należy w oryginale.

Próbny poród w przypadkach ścieśnionych miednic (L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limités). B r o u h a M.

Rev. Franç. Gynéc. T. 25, str. 449, r. 1930.

Autor omawia porody przy miednicach ścieśnionych, których conj. vera wynosi od 8—9½ cm. Obserwując dokładnie te przypadki autor przychodzi do wniosku, że należy zachowywać się możliwie zachowawczo i raczej poddać poród próbie, niż zbyt pohopnie chwytać się cięcia cesarskiego. Zresztą w ostatnich czasach zaznacza się spadek odsetka cięć cesarskich wykonanych z powodu ścieśnionej miednicy. Mianowicie w r. 1927 rozwiązano cięciem cesarskiem 46%, w 1928 — 30%, a w r. 1929 — 20% kobiet ze ścieśnioną miednicą.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Trzy przypadki kiły arsenoodpornej. (Trois syphilitiques arsénorésistants ou arsénorécidivants). G o u g e r o t.

La Presse Méd. 1931, Nr. 47.

Przypadek pierwszy jest przykładem kiły opornej na leczenie związkami arsenu. Świeży przypadek kiły z objawami pierwszo i drugorzędnemi poddany był energicznemu leczeniu arsenobenzolem w dawkach (0.15—1.05). Pomimo, że chory otrzymał 6.2 gr. arsenobenzolu, wykwity utrzymywały się i świeże pojawiły się na twarzy. Jak większość przypadków arsenoodpornych tak i ten okazał się wrażliwym na bizmut. Po trzecim zastrzyku przetworu bizmutu rozpuszczalnego w oliwie — wysypka ustąpiła. Przypadek drugi jest przykładem kiły, dającej rychły nawrót po leczeniu arsenobenzolem. U kobiety 28-letniej, leczonej z powodu wysypki kiłowej arsenobenzolem, w 6 dni po ostatnim zastrzyku (0.9) wystąpiły zmiany odpowiadające nazwie syphilides papulosquameuses.

W przypadku trzecim pomimo energicznego leczenia arsenobenzolem odczyn Wassermana utrzymywał się dodatni; zmianę odczynu na ujemny udało się uzyskać przez leczenie przetworami bizmutu. Autor zwraca uwagę na niewłaściwość przedłużania leczenia arsenobenzolem w podobnych przypadkach, na konieczność jak najszybszego przejścia do innych leków. W razie, gdyby przypadek kiły okazał się odporny na wszystkie trzy grupy leków należy leczenie specyficzne połączyć z autohemoterapją lub proteinoterapją.

O źródłach przewlekłych zakażeń skóry. (Sur les origines et les sources premières des infections cutanées chroniques). R. S a b o u r a u d.

La Presse Méd. 1931, Nr. 48.

Autor zastanawia się nad przyczyną powstawania przewlekłych bakteryjnych schorzeń skóry, jak czyraczność, figówka bakteryjna i t. p., przychodzi do przekonania, że źródłem, z którego stale szerzy się zakażenie są fałdy skóry, zakażone mieszki włosowe i strupy, w których można wykazać obecność bakterji ropnych, zwłaszcza gronkowców. Dlatego też tak, jak w szeregu innych schorzeń śledząc za zakażeniem zwracają lekarze szczególną uwagę na wyrostek robaczkowy i migdałki — tak zadaniem dermatologa jest zwrócić baczną uwagę na wszelkie najmniejsze nawet zmiany w fałdach skóry, na nieznaczne odczyny zapalne ujść około mieszkowych włosowych, na wszelkiego rodzaju strupki i zdarcia naskórka.

Trzy postaci nietypowego uporczywego liszaja płaskiego. (Trois formes de lichen plan atypiques rebelles: guérison par les traitemens des lichens). H. G o u g e r o t.

La Presse Méd. 1931, Nr. 23.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 53-letniej, cierpiącej od szesnastu lat na ustawiczne swędzenie skóry, nasilające się okresowo, już to uogólnione, już to umiejscowione w fałdach okołostawowych. Badanie dokładne wykazało na śluzówce lewego policzka dyskretne lecz typowe wykwity liszaja płaskiego wobec czego swędzenie rozpoznano jako objaw swoisty patogenetycznie związany z tym schorzeniem. W miesiąc po zastosowaniu leczenia promieniami X (naświetlanie rdzenia) swędzenie i wykwity na śluzówce ustąpiły.

Przypadek drugi dotyczył 27-letniego mężczyzny, u którego od 3-ch lat istniały na tułowiu swędzące rumieniowe, złuszczające się tarczki, które na pierwszy rzut oka nasuwały podejrzenie co do parakeratosis Broq'a. Chory był leczony różnemi sposobami bezskutecznie. Na języku znaleziono podczas dokładnych oględzin wykwity typowe dla liszaja płaskiego w postaci mlecznych

plamek okrągłych, ułożonych w kształcie litery V. Przypadek ten rozpoznano jako nietypową postać rumieniową — złuszczającą liszaja płaskiego i zastosowano leczenie promieniami X (odcinek rdzenia międzyłopatkowy i lędźwiowo-krzyżowy) i zastrzykami domięśniowemi acetyl-arsanu. Wszystkie wykwity stopniowo ustąpiły, pozostawiając na tułowiu brunatne plamy, na języku ścieńczenie śluzówki tak, jak w przypadkach zejścia glossitis syphilitica.

Przypadek trzeci dotyczył 48-letniego mężczyzny cierpiącego od 8 lat na neuralgję języka. Chory był leczony u wielu lekarzy (dentystów, neurologów i t. d.), bezskutecznie, w końcu skierowano go do autora z rozpoznaniem kiły, gdyż istniały wykwity i na żołędzi. Wykwity te okazały się wieńcowo ułożonemi typowemi, lśniącemi grudkami liszaja płaskiego. Chory otrzymywał dwa razy tygodniowo podskórnie zastrzyki sulfarsenolu w dawkach 0.12—0.6 do 6 gramów. Wyzdrowienie nastąpiło w 2 miesiące.

Z. Jastrzębska.

KRONIKA.

III. Międzynarodowy Kongres Radjologji Lekarskiej odbędzie się w Paryżu w dniach od 26 do 30 lipca r. b. pod protektoratem Prezydenta Rzeczypospolitej Francuskiej i pod przewodnictwem honorowem p. *Marji Curie-Skłodowskiej*. *Prezesem Kongresu jest Antoni Beclére*, generalnym sekretarzem *Ledoux-Lebard*.

W skład Delegacji Polskiej wchodzą: jako przewodniczący *Dr. Bronisław Sabat* (Warszawa), *Dr. Alkiewicz* (Poznań) i *Dr. Grynkraut* (Warszawa); jako zastępcy delegatów: *Dr. B. Kryński* (Warszawa), *Dr. Tumidajski* (Lwów) i *Dr. M. Zaleski* (Warszawa).

W myśl statutu Międzynarodowych Kongresów Radjologicznych uczestnikami Kongresów, które odbywają się co 3 lata mogą być członkowie Towarzystw Radjologicznych, lub osoby polecone przez Towarzystwo Radjologiczne.

Z Polski zgłosiło uczestnictwo w Zjeździe 32 radjologów, z tych 14 zgłosiło komunikaty.

*

III kurs dokształcający dla lekarzy urządzony przez fundację Tomarkin w New Yorku odbędzie się w Locarno od 11—26.X.1931. Informacji udziela sekretarjat fundacji Tomarkin, Locarno, Case postale 128.

*

Pod redakcją d-ra *Adolfa Klęska* zaczęło wychodzić czasopismo p. t. „Droga do zdrowia“ poświęcone w pierwszym rzędzie zapobieganiu chorobom, a przeznaczone dla osób ubezpieczonych w Kasach Chorych. Niewątpliwie potrzeba nam było dawno pisma tak prowadzonego, a mającego szanse trafienia do szerszych mas, albowiem na terenie popularyzacji higjeny zdziałano u nas bardzo mało. Pierwsze numery tak redakcyjnie, jak i graficznie przedstawiają się bardzo dodatnio. Należy szczerze życzyć nowemu pismu jak największego rozwoju.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Bardzo dobre wyniki otrzymywano, stosując w celach leczniczych wstrzykiwania do *gruźliczych ognisk kostno-stawowych podwójny cjanek złota i potasu* w roztworze wodnym 1 : 1000, z dodatkiem nowokainy w stosunku 0,5%. Dawka jednorazowa dla dzieci wynosi 0,003 — 0,005 g. cjanku złota i potasu, dla dorosłych — 0,01 — 0,02 g. Po nałożeniu na kończynę powyżej chorego stawu opaski Esmarcha wstrzykuje się dany roztwór do ogniska gruźliczego i w jego najbliższe otoczenie, opaskę zaś zdejmuje się dopiero po 15—20 minutach. Bezpośrednio po zabiegu następuje pewne pogorszenie miejscowe i ogólne, po paru zaś dniach zaczyna się wybitna poprawa — zmniejszenie się bólów samoistnych i przy ruchach, poprawa ogólna, przyrost na wadze; okres miejscowego gojenia się ogniska znacznie się skraca.

W razie potrzeby po 2 — 3 tygodniach powtarza się owe wstrzyknięcie, i zwykle dwa wstrzyknięcia wystarczają do zagojenia się ogniska gruźliczego, obok stosowania zwykłego dla tych przypadków leczenia ortopedycznego (unieruchomienia).

(La Presse Méd. Nr. 217, 1931).

*

* *

W leczeniu żylaków goleni wstrzykiwaniem środków drażniących zaczęto stosować w ostatnich czasach z powodzeniem *glicerynę*. Nowy ten środek góruje nad innemi, jak np. salicylanem sodu, chininą, uretanem, tem, że nie jest wcale trujący (będąc raczej fizjologiczną odżywką dla ustroju), a swoje działanie drażniące i pobudzające proces zakrzepowy w żyle zawdzięcza tylko swemu stężeniu. Nie daje powikłań, ani miejscowych ,ani ogólnych, a przedostanie się pewnych ilości tego środka pod skórę powoduje tylko niewielki i krótkotrwały ból (bez obawy wywołania nekrozy). Wstrzykuje się jednorazowo 5—10 cm³ roztworu 50—75% gliceryny w wodzie destylowanej, następne wstrzyknięcie (do tejże żyły) — po 4 dniach, w razie potrzeby trzecie — po 6 dniach. Środek

ów nadaje się w zupełności do stosowania ambulatoryjnego, zwłaszcza u osobników w wieku podeszłym i w niezbyt dobrym stanie ogólnym (serce, płuca), u których inne środki (trujące) będą przeciwskazane.

(La Presse Méd. Nr. 48, 1931).

* * *

Najodpowiedniejsza pora podawania lekarstw.

Rano, naczczo	Sole przeczyszczające. Leki przeciwczerwiowe. Leki zobojętniające HCl w nadkwasocie.
Przedpołudniem, w przerwie międzyposiłkowej	Leki nasercowe. Leki kojące i uspokajające. Leki antyseptyczne jelitowe.
Przed posiłkiem	Leki pobudzające łaknienie. Leki gorzkie (Amara). Związki jodowo-taninowe. Chinina.
Bezpośrednio przed posiłkiem	Arszenik. Żelazo. Podsiarczany. Leki fosforowe.
W środku posiłku	Leki przeciwdnawe, typu atofan. Pigułki przeczyszczające (podczas kolacji).
W końcu posiłku	Leki salicylowe typu aspiryny.
Po posiłku	Leki bromowe. Kreozot. Tran.
W godzinę po posiłku	Leki z belladonną. Sole alkaliczne lub wiążące HCl. Niektóre środki antyseptyczne jelitowe.
W okresie między posiłkami	Leki zwalczające kaszel, zwłaszcza syropy. Środki przeciwgośćcowe (salicylaty).
Przed udaniem się na spoczynek	Leki uspokajające i nasenne. Środki regulujące krążenie.

(Bruxelles-Médical, Nr. 38, 1931).

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.